

第 3 回 医 療 政 策 研 修 会 第 2 回 地 域 医 療 構 想 ア ド バ イ ザ ー 会 議	資 料 2
平 成 3 1 年 2 月 1 5 日	

※3

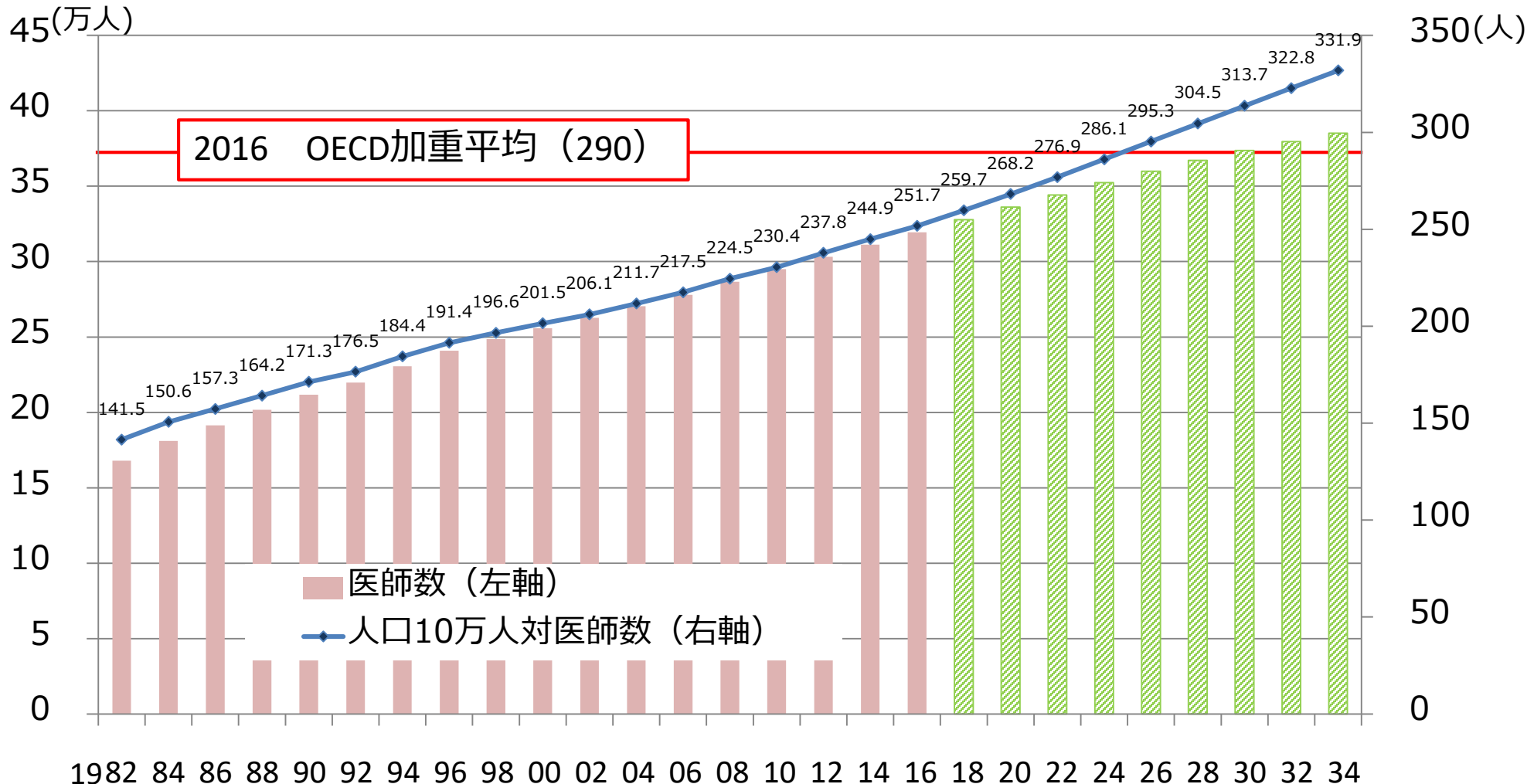
医師確保計画・外来医療計画について

厚生労働省 医政局地域医療計画課

医師の偏在とは何なのか

人口10万対医師数の年次推移（将来推計）

○ 現在の医学部定員数が維持された場合、平成37年（2025年）頃人口10万人対医師数がOECD加重平均(290)に達する見込み（2016 OECD statistics）。

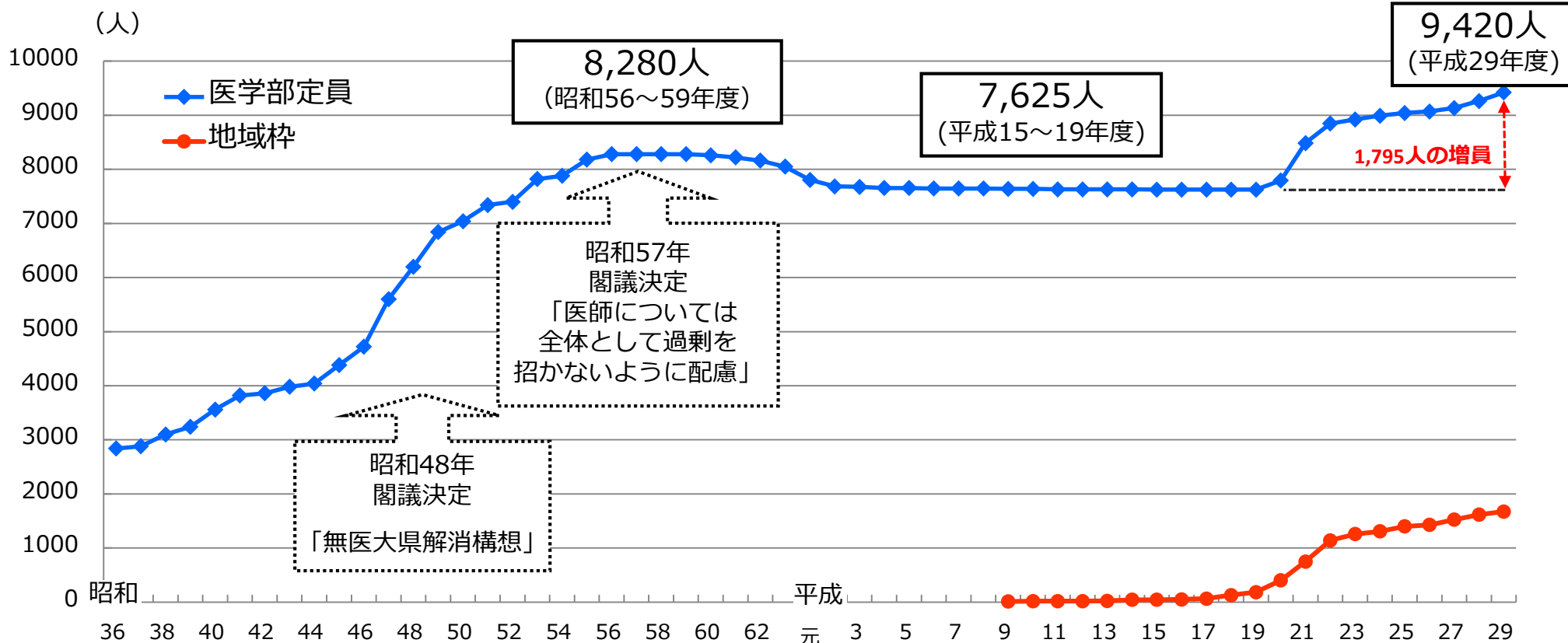


※ 2018年（平成30年）以降は、平成14年～平成24年の三師調査及び医籍登録データによる登録後年数別の生残率に基づき、全国医学部定員が平成29年度と同程度を維持する等の仮定において、平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査による医師数を発射台として将来の医師数を推計
 ※ 将来人口については、日本の将来推計人口（平成29年推計）（国立社会保障・人口問題研究所）

医学部入学定員と地域枠の年次推移

- 平成20年度以降、医学部の入学定員を過去最大規模まで増員。
- 医学部定員に占める地域枠*の数・割合も、増加してきている。
(平成19年度183人(2.4%)→平成29年1674人(17.8%))

地域枠*：地域医療に従事する医師を養成することを主たる目的とした学生を選抜する枠であり、奨学金の有無を問わない。



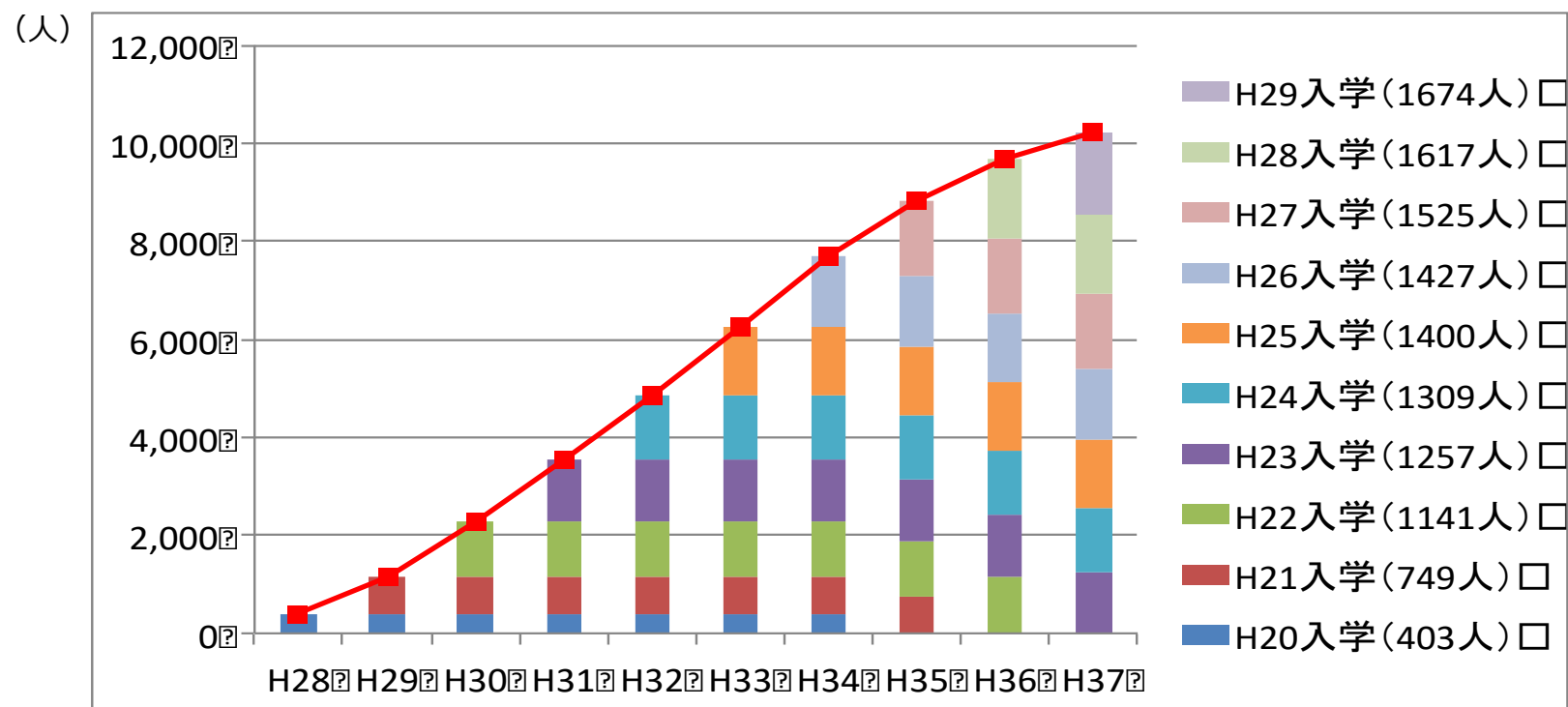
	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29
医学部定員	7625	7625	7625	7793	8486	8846	8923	8991	9041	9069	9134	9262	9420
地域枠	64	129	183	403	749	1141	1257	1309	1400	1427	1525	1617	1674
地域枠の割合	0.8%	1.7%	2.4%	5.2%	8.8%	12.9%	14.1%	14.6%	15.5%	15.7%	16.7%	17.5%	17.8%

地域枠の人数については、文部科学省医学教育課調べ

臨床研修を修了した地域枠医師数の見込み

- 平成20年度以降の医学部の臨時定員増等による地域枠での入学者が順次卒業し、臨床研修を終え、地域医療に従事し始めている。
- 今後、こうした地域枠医師が順次臨床研修を終え、地域医療に従事する医師が増加することに伴い、地域医療支援センターの派遣調整の対象となる医師の増加が見込まれる。

臨床研修を修了した地域枠医師数の見込み



今後、地域医療に従事する医師が順次増加

※ 地域枠（地域医療に従事する医師を養成することを主たる目的とした学生を選抜する枠であり、奨学金の有無を問わない。）の人数については、文部科学省医学教育課調べ。

全体の数には様々な条件による地域枠の医師数が含まれているが、ここでは一律に、卒業後9年目まで地域医療に従事する義務があると仮定し、義務年限終了以後は累積人数から除外して、単純に累積医師数を見込んだ。また、留年・中途離脱等は考慮していない。

地域の医師確保を目的とした都道府県地域枠（概要）

○【地域枠】（平成22年度より都道府県の地域医療再生計画等に位置付けた医学部定員増）

- 〈1〉大学医学部が設定する「地域医療等に従事する明確な意思をもった学生の選抜枠」
- 〈2〉都道府県が設定する奨学金の受給が要件

※入試時に選抜枠を設定せず、入学後に学生を選抜する場合もあり

※学生の出身地にとらわれず、全国から募集する場合もあり

奨学金の例

※貸与額及び返還免除要件については、各都道府県がその実情に応じて、独自に設定。

1. 貸与額

○月額10～15万円

※入学金等や授業料など別途支給の場合あり

○6年間で概ね1200万円前後

※私立大学医学生等には、別途加算の場合あり

（参考）全学部平均の学生の生活費（授業料含む）は

国公立大学で約140万/年、私立大学で約200万/

2. 返還免除要件

○医師免許取得後、下記のような条件で医師として貸与期間の概ね1.5倍（9年間）の期間従事した場合、奨学金の返還が免除される。

1. 都道府県内の特定の地域や医療機関（公的病院、民間病院、へき地診療所等）
2. 指定された特定の診療科（産婦人科・小児科等の医師不足診療科）
3. 返還の場合は、利息を支払う

3. 貸与実績

○地域医療介護総合確保基金等を活用した奨学金の貸与見込者数2491人、貸与見込額約54億円（平成28年度） 出典 厚生労働省調べ

医学教育（6年間）

平成28年度以降、新たな医師として地域医療等へ貢献

地域枠の導入状況（都道府県別）

- 平成29年入学定員のうち、地域枠募集定員は1,674人。
- 全ての都道府県に地域枠が設置されている。

	H29入学定員	うち地域枠募集定員
北海道	344	162
青森県	132	67
岩手県	130	28
宮城県	235	88
秋田県	129	34
山形県	125	33
福島県	130	77
茨城県	140	36
栃木県	243	20
群馬県	123	18
埼玉県	128	17
千葉県	262	20
東京都	1506	111
神奈川県	442	54
新潟県	127	22
富山県	110	25
石川県	227	17
福井県	115	15
山梨県	125	50
長野県	120	20
岐阜県	110	30
静岡県	120	25
愛知県	444	52
三重県	125	35

	H29入学定員	うち地域枠募集定員
滋賀県	117	28
京都府	214	7
大阪府	549	72
兵庫県	229	23
奈良県	115	38
和歌山県	100	36
鳥取県	110	32
島根県	112	25
岡山県	246	48
広島県	120	20
山口県	117	33
徳島県	114	17
香川県	114	24
愛媛県	115	20
高知県	115	25
福岡県	441	30
佐賀県	106	26
長崎県	125	34
熊本県	115	10
大分県	110	13
宮崎県	110	20
鹿児島県	117	20
沖縄県	117	17
合計	9,420	1674

- ※1 「都道府県」は、当該大学が所在する都道府県を指す。
- ※2 「地域枠募集定員」には、当該大学が所在する都道府県以外の都道府県が修学資金を貸与する地域枠が含まれる。

○ 医師需給は、労働時間を週60時間程度に制限する等の仮定をおく「需要ケース2」において、平成32年度医学部入学者が臨床研修を修了すると想定される2028年（平成40年）頃に均衡すると推計される。

・供給推計 今後の医学部定員を平成30年度の9,419人として推計。

※1 勤務時間を考慮して、全体の平均勤務時間と性年齢階級別の勤務時間の比を仕事率とした

・需要推計 分科会において了承の得られた仮定に基づき、以下の通り、一定の幅を持って推計を行った。

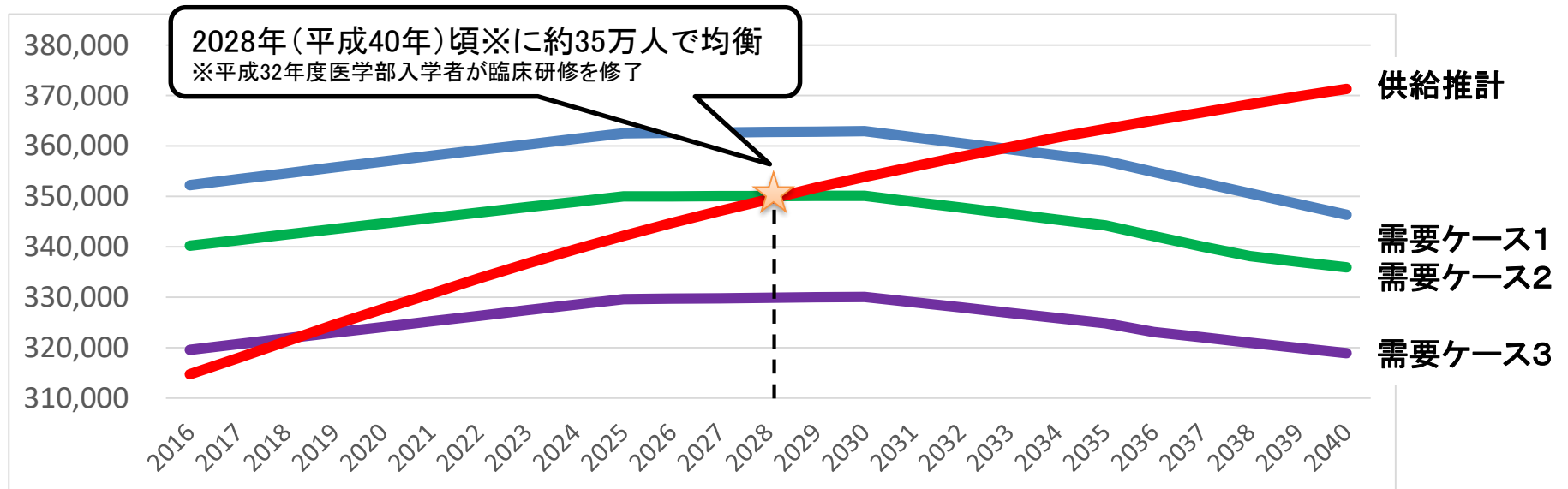
・ケース1（労働時間を週55時間に制限等≡月平均60時間の時間外・休日労働に相当）

・ケース2（労働時間を週60時間に制限等≡月平均80時間の時間外・休日労働に相当）

・ケース3（労働時間を週80時間に制限等≡月平均160時間の時間外・休日労働に相当）

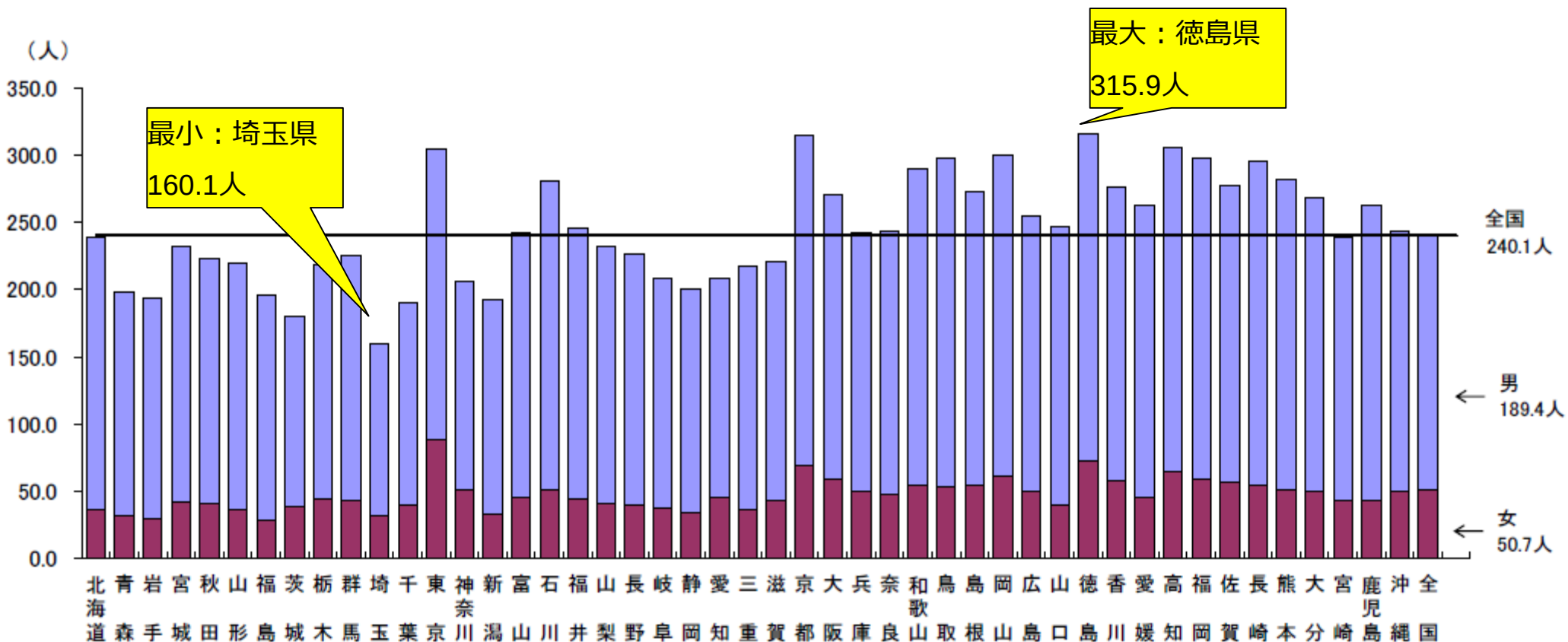
※2 医師の働き方改革等を踏まえた需要の変化についても、一定の幅を持って推計を行った

（人）



都道府県（従業地）別にみた医療施設に従事する人口10万対医師数

- 平成28年度の医療施設に従事する人口10万対医師数の全国平均は240.1人で、前回の平成26年度（233.6人）に比べ6.5人増加している。
- これを都道府県（従業地）別にみると、徳島県が315.9人と最も多く、次いで京都府314.9人、高知県306.0人となっており、埼玉県が160.1人と最も少なく、次いで、茨城県180.4人、千葉県189.9人となっている。

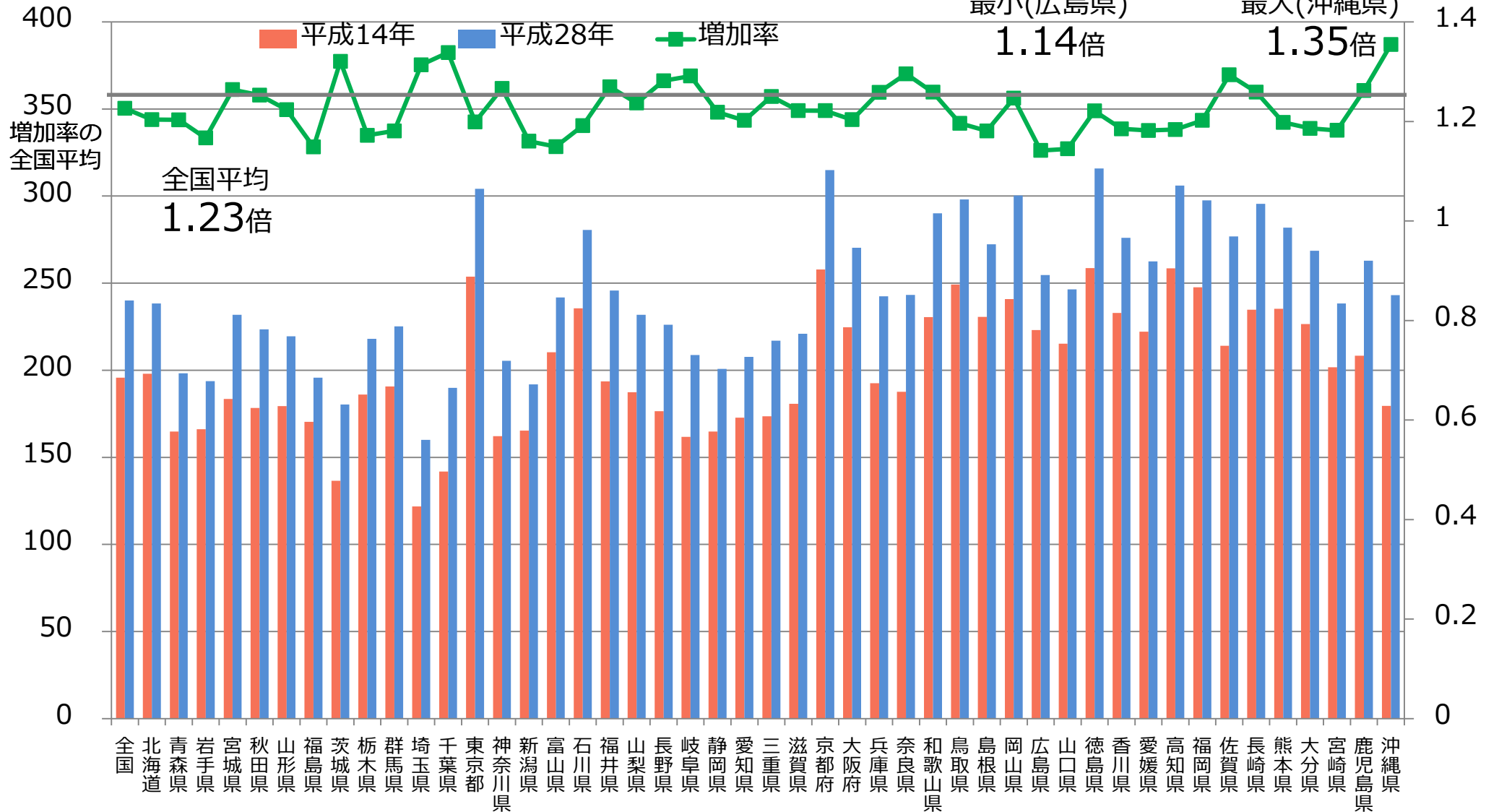


（出典）平成28年（2016年）医師・歯科医師・薬剤師調査

平成14年・28年の都道府県別人口10万対医師数とその増加率

人口10万対医師数
(人)

増加率
(倍)



備考：医師数は、医療施設に従事している医師数

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査

平成14年・28年の都道府県別人口10万対医師数とその増加率

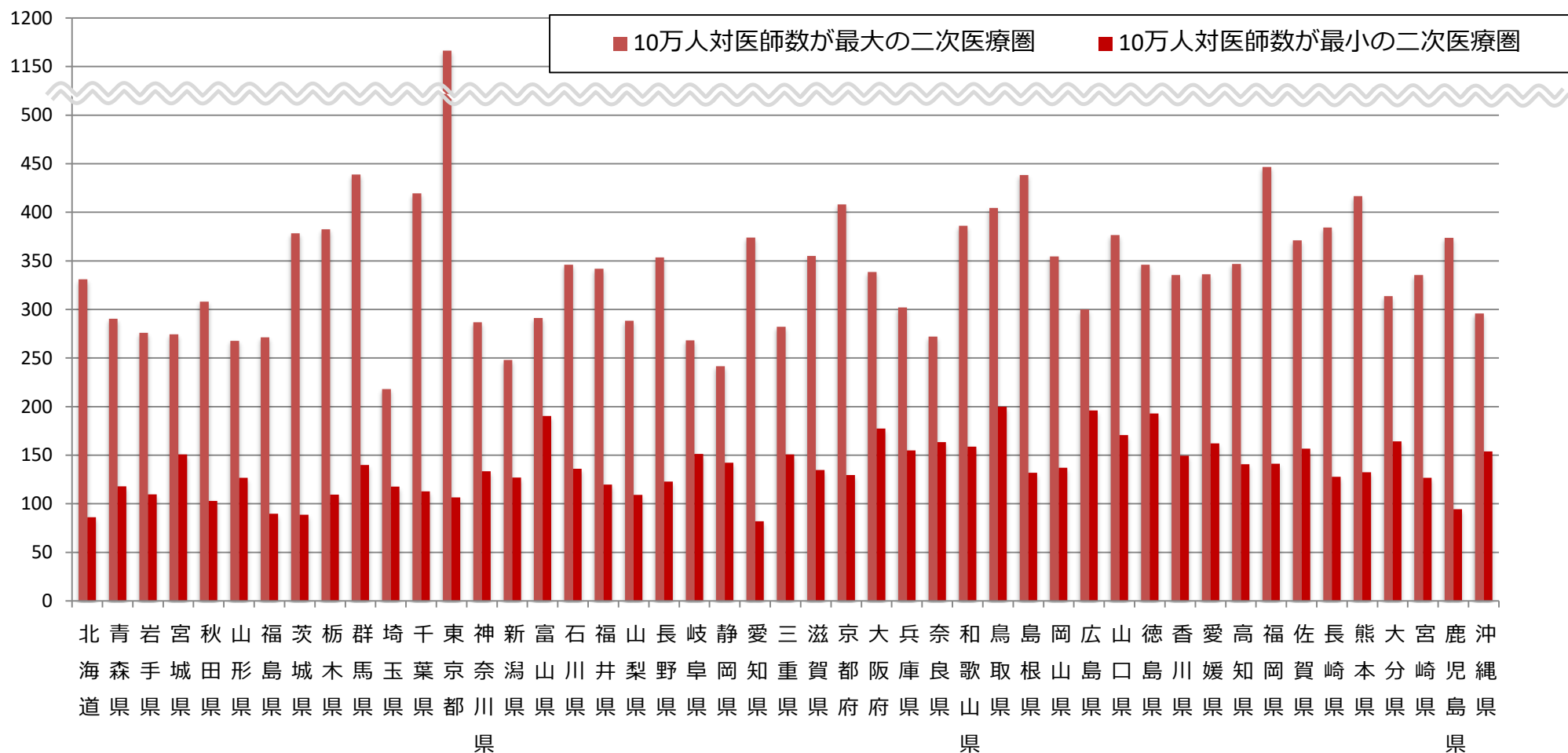
(人)						(人) 各年12月31日現在					
	平成14年 (’02)	平成28年 (’16)	差引き	増加率	増加 率順		平成14年 (’02)	平成28年 (’16)	差引き	増加率	増加 率順
全 国	195.8	240.1	44.3	23%	—	三 重	173.6	217.0	43.4	25%	17位
北 海 道	198.0	238.3	40.3	20%	25位	滋 賀	180.8	220.9	40.1	22%	21位
青 森	164.8	198.2	33.4	20%	27位	京 都	257.8	314.9	57.1	22%	22位
岩 手	166.1	193.8	27.7	17%	42位	大 阪	224.7	270.4	45.7	20%	26位
宮 城	183.5	231.9	48.4	26%	11位	兵 庫	192.6	242.4	49.8	26%	15位
秋 田	178.4	223.5	45.1	25%	16位	奈 良	187.7	243.1	55.4	30%	5位
山 形	179.4	219.5	40.1	22%	20位	和 歌 山	230.5	290.1	59.6	26%	14位
福 島	170.4	195.7	25.3	15%	45位	鳥 取	249.2	298.1	48.9	20%	32位
茨 城	136.6	180.4	43.8	32%	3位	島 根	230.6	272.3	41.7	18%	40位
栃 木	186.0	218.0	32.0	17%	41位	岡 山	240.9	300.4	59.5	25%	18位
群 馬	190.7	225.2	34.5	18%	39位	広 島	223.1	254.6	31.5	14%	47位
埼 玉	121.8	160.1	38.3	31%	4位	山 口	215.3	246.5	31.2	14%	46位
千 葉	141.9	189.9	48.0	34%	2位	徳 島	258.7	315.9	57.2	22%	23位
東 京	253.7	304.2	50.5	20%	30位	香 川	232.9	276.0	43.1	19%	35位
神 奈 川	162.2	205.4	43.2	27%	10位	愛 媛	222.1	262.5	40.4	18%	38位
新 潟	165.4	191.9	26.5	16%	43位	高 知	258.5	306.0	47.5	18%	36位
富 山	210.4	241.8	31.4	15%	44位	福 岡	247.6	297.6	50.0	20%	29位
石 川	235.5	280.6	45.1	19%	33位	佐 賀	214.0	276.8	62.8	29%	6位
福 井	193.6	245.8	52.2	27%	9位	長 崎	234.8	295.7	60.9	26%	13位
山 梨	187.4	231.8	44.4	24%	19位	熊 本	235.3	281.9	46.6	20%	31位
長 野	176.5	226.2	49.7	28%	8位	大 分	226.5	268.5	42.0	19%	34位
岐 阜	161.7	208.9	47.2	29%	7位	宮 崎	201.7	238.4	36.7	18%	37位
静 岡	164.8	200.8	36.0	22%	24位	鹿 児 島	208.3	262.9	54.6	26%	12位
愛 知	172.8	207.7	34.9	20%	28位	沖 縄	179.5	243.1	63.6	35%	1位

備考：医師数は、医療施設に従事している医師数

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査

人口10万人当たり医師数が最大・最小の二次医療圏の比較

○人口10万人当たり医師数が最大・最小の二次医療圏を都道府県別に比較した場合、医師が比較的多い西日本を含め、全国的に地域間の偏在があることがわかる。



出典：「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」（厚生労働省）〔平成28年12月31日現在〕

備考：医師数は、医療施設に従事している医師数

市町村別の人口は、便宜上、「平成29年1月1日住民基本台帳」を用いた。

人口10万人対医師数が最大・最小の二次医療圏の比較

各都道府県最大医療圏 (人)

	医療圏	人口10万 対医師数	最大医療圏 の多い順		医療圏	人口10万 対医師数	最大医療圏 の多い順
北海道	上川中部	330.9	28位	滋賀県	大津	355.0	17位
青森県	津軽地域	290.5	35位	京都府	京都・乙訓	408.2	7位
岩手県	盛岡	275.8	39位	大阪府	豊能	338.6	24位
宮城県	仙台	274.5	40位	兵庫県	神戸	302.0	31位
秋田県	秋田周辺	308.1	30位	奈良県	中和	272.2	41位
山形県	村山	267.7	44位	和歌山県	和歌山	386.2	9位
福島県	県北	271.4	42位	鳥取県	西部	404.4	8位
茨城県	つくば	378.3	12位	島根県	出雲	438.4	4位
栃木県	県南	382.6	11位	岡山県	県南東部	354.6	18位
群馬県	前橋	438.8	3位	広島県	呉	300.1	32位
埼玉県	川越比企	218.0	47位	山口県	宇部・小野田	376.5	13位
千葉県	安房	419.5	5位	徳島県	東部	346.1	21位
東京都	区中央部	1166.4	1位	香川県	高松	335.4	27位
神奈川県	横浜南部	286.8	37位	愛媛県	松山	336.1	25位
新潟県	新潟	248.1	45位	高知県	中央	346.9	20位
富山県	富山	291.3	34位	福岡県	久留米	446.8	2位
石川県	石川中央	346.1	22位	佐賀県	中部	371.2	16位
福井県	福井・坂井	341.8	23位	長崎県	長崎	384.2	10位
山梨県	中北	288.4	36位	熊本県	熊本	416.6	6位
長野県	松本	353.6	19位	大分県	東部	313.8	29位
岐阜県	岐阜	268.1	43位	宮崎県	宮崎東諸県	335.5	26位
静岡県	西部	241.5	46位	鹿児島県	鹿児島	373.7	15位
愛知県	尾張東部	373.9	14位	沖縄県	南部	295.8	33位
三重県	中勢伊賀	282.3	38位				

各都道府県最小医療圏 (人)

	医療圏	人口10万 対医師数	最小医療圏 の少ない順		医療圏	人口10万 対医師数	最小医療圏 の少ない順
北海道	宗谷	86.2	2位	滋賀県	甲賀	134.9	24位
青森県	西北五地域	118.0	13位	京都府	山城南	129.5	20位
岩手県	宮古	109.7	10位	大阪府	中河内	177.5	43位
宮城県	石巻・登米・気仙沼	150.8	33位	兵庫県	西播磨	155.0	36位
秋田県	北秋田	102.9	6位	奈良県	南和	163.4	40位
山形県	最上	126.8	17位	和歌山県	那賀	158.8	38位
福島県	相双	89.7	4位	鳥取県	中部	199.9	47位
茨城県	鹿行	88.7	3位	島根県	雲南	132.0	21位
栃木県	県東	109.3	9位	岡山県	高梁・新見	137.0	26位
群馬県	沼田	139.8	27位	広島県	広島中央	196.0	46位
埼玉県	利根	117.7	12位	山口県	萩	170.8	42位
千葉県	山武長生夷隅	112.7	11位	徳島県	西部	192.9	45位
東京都	島しょ	106.4	7位	香川県	大川	149.6	31位
神奈川県	県央	133.5	23位	愛媛県	宇摩	162.1	39位
新潟県	県央	127.0	18位	高知県	高幡	140.7	28位
富山県	高岡	190.3	44位	福岡県	京築	141.3	29位
石川県	能登北部	136.2	25位	佐賀県	西部	156.8	37位
福井県	奥越	119.6	14位	長崎県	上五島	127.7	19位
山梨県	峡南	109.1	8位	熊本県	阿蘇	132.3	22位
長野県	木曽	122.9	15位	大分県	西部	164.2	41位
岐阜県	中濃	151.3	34位	宮崎県	西都児湯	126.6	16位
静岡県	富士	142.3	30位	鹿児島県	曾於	94.4	5位
愛知県	尾張中部	82.0	1位	沖縄県	八重山	153.9	35位
三重県	東紀州	150.7	32位				

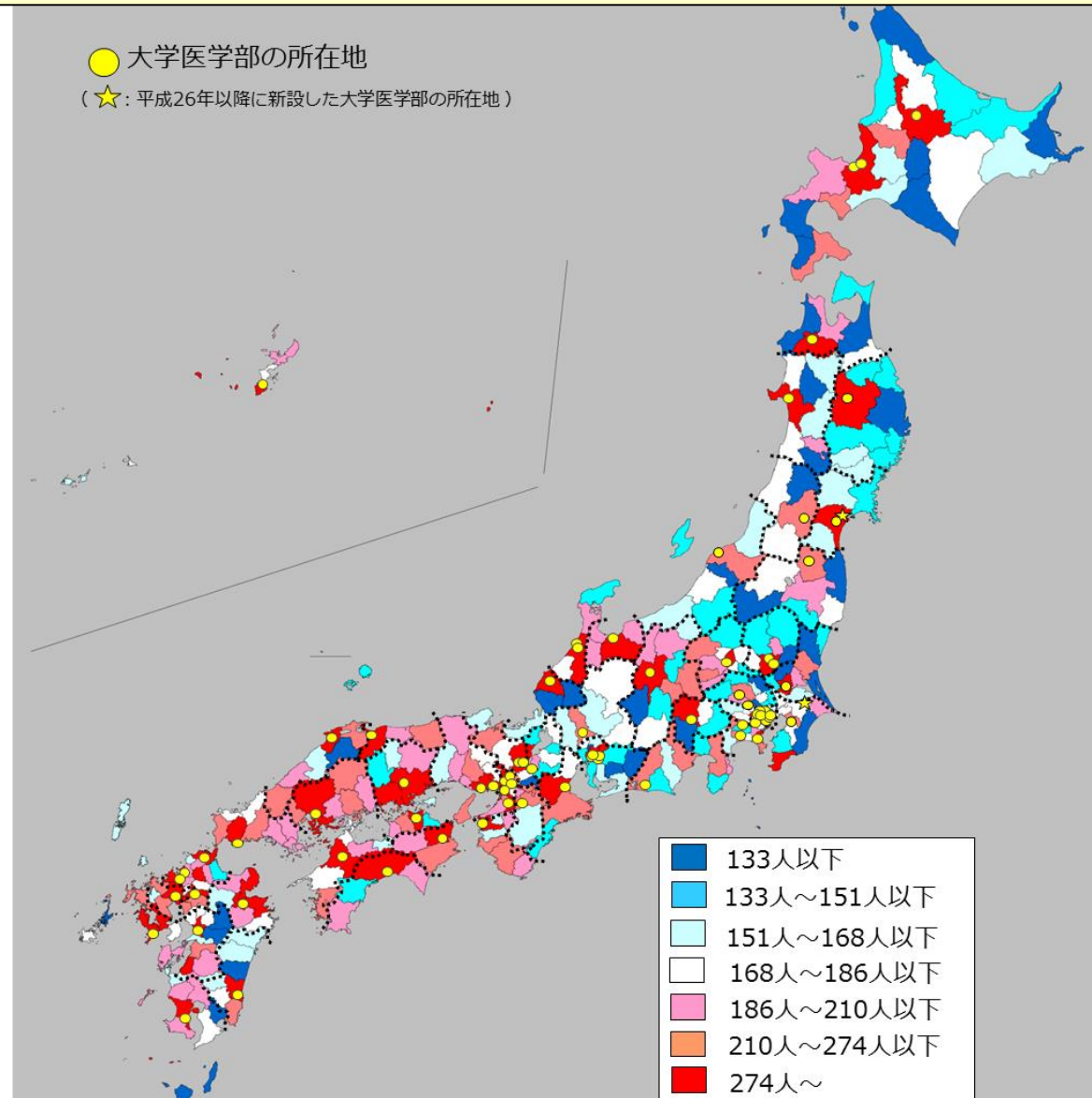
出典：「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」（厚生労働省）〔平成28年12月31日現在〕

備考：医師数は、医療施設に従事している医師数

市町村別の人口は、便宜上、「平成29年1月1日住民基本台帳」を用いた。

二次医療圏ごとの人口10万対医師数（平成28年）

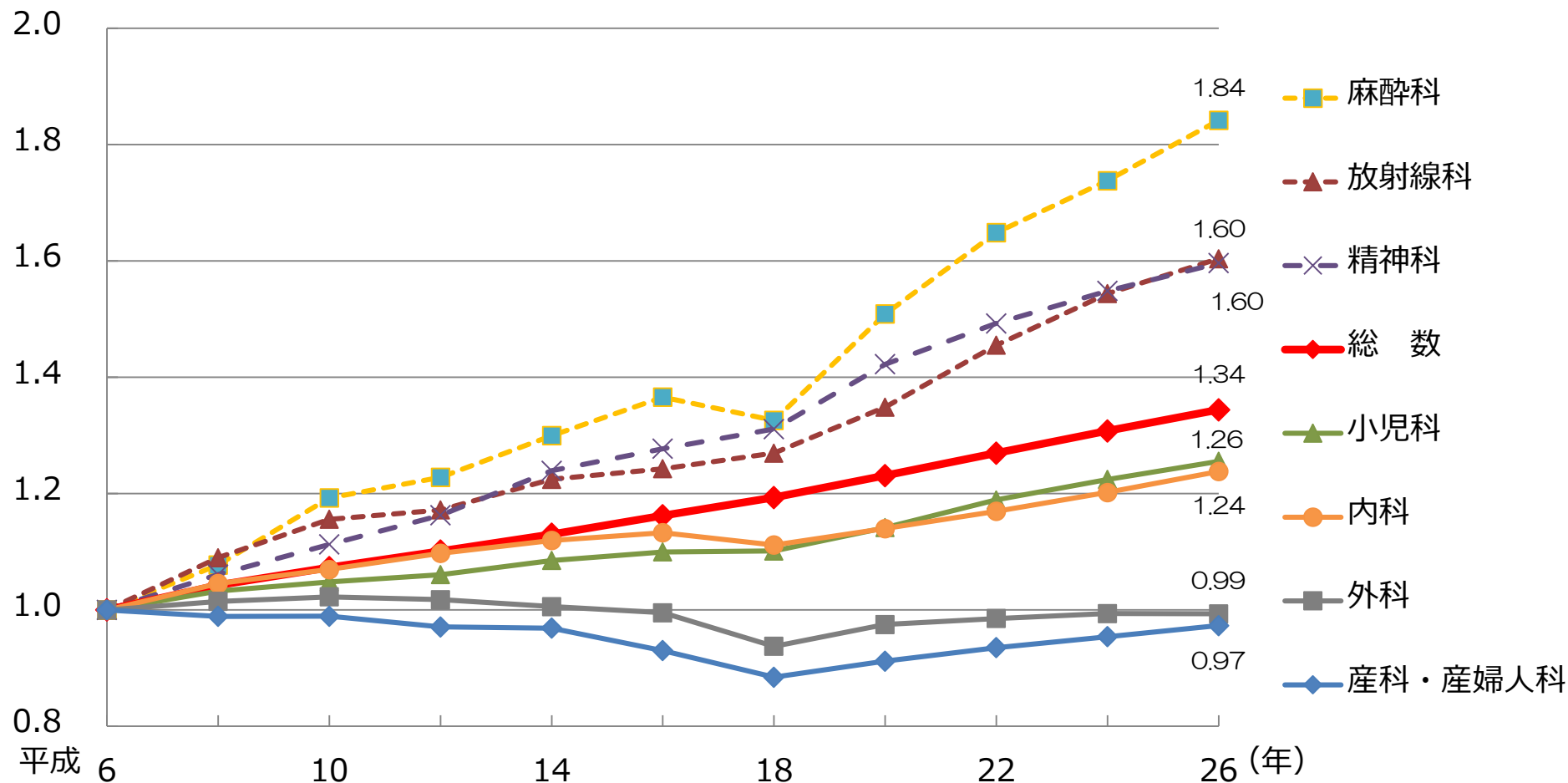
- 大学医学部の所在地に医師が多く、「西高東低」の傾向にある。
人口10万対医師数（全国） （中央値）182.3人（平均）238.3人



（出典）平成29年1月1日住民基本台帳・平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査 ※医師数：医療施設（病院・診療所）に従事する医師数

診療科別医師数の推移（平成6年を1.0とした場合）

- 多くの診療科で医師は増加傾向にある。
- 減少傾向にあった産婦人科・外科においても、増加傾向に転じている。



※内科・・・（平成8～18年）内科、呼吸器科、循環器科、消化器科（胃腸科）、神経内科、アレルギー科、リウマチ科、心療内科
 （平成20～26年）内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科

※外科・・・（平成6～18年）外科、呼吸器外科、心臓血管外科、気管食道科、こう門科、小児外科
 （平成20～26年）外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

※平成18年調査から「研修医」という項目が新設された

**マクロの医師需給が均衡していない状況で
多くの地域から医師不足の声が上がっているが**

**将来的なマクロでの需給均衡と
医師偏在是正の解消の両立が肝要であり到達点**

医師不足の声に対する場当たりの対応では到達困難

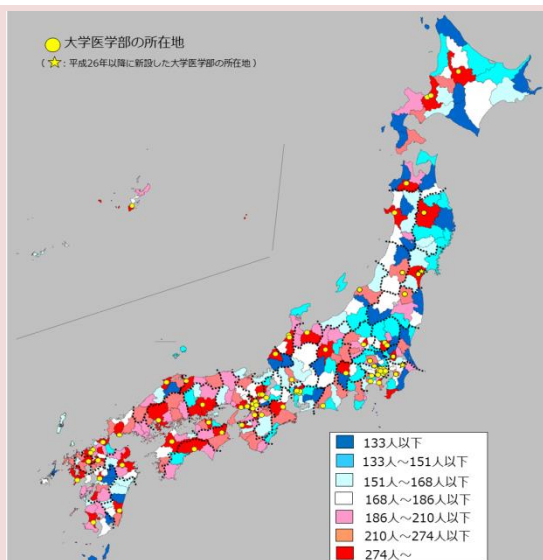
まずは医師偏在の客観的把握が必要⇒医師偏在指標

現 状

- 現在、地域ごとの医師数の比較には人口10万人対医師数が一般的に用いられているが、以下のような要素が考慮されておらず、医師の地域偏在・診療科偏在を統一的に測る「**ものさし**」にはなっていない。

- ・ 医療需要（ニーズ）
- ・ 将来の人口・人口構成の変化
- ・ 医師偏在の単位（区域、診療科、入院／外来）
- ・ 患者の流出入
- ・ 医師の性別・年齢分布
- ・ へき地や離島等の地理的条件

二次医療圏ごとの人口10万対医師数（平成28年）

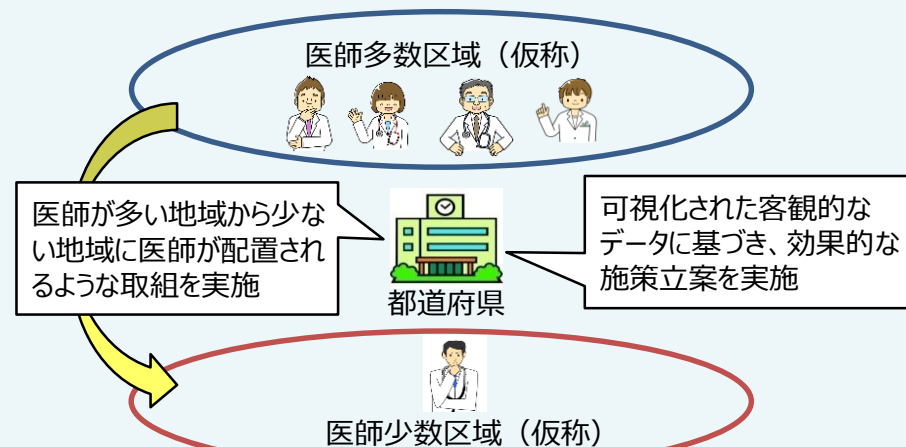


制度改正後

現在・将来人口を踏まえた医療ニーズに基づき、地域ごと、診療科ごと、入院外来ごとの医師の多寡を**統一的・客観的に把握できる、医師偏在の度合いを示す指標**を導入

- 医師偏在の度合いを示すことによって、都道府県内で医師が多い地域と少ない地域が**可視化**されることになる。
- 都道府県知事が、医師偏在の度合い等に応じて、都道府県内の「医師少数区域（仮称）」と「医師多数区域（仮称）」を指定し、具体的な医師確保対策に結びつけて実行できるようになる。

※ ただし、医師偏在の度合いに応じ、医療ニーズに比して医師が多いと評価された地域であっても、救急・小児・産科医療など政策医療等の観点から、地域に一定の医師を確保する必要がある場合については、配慮することが必要。

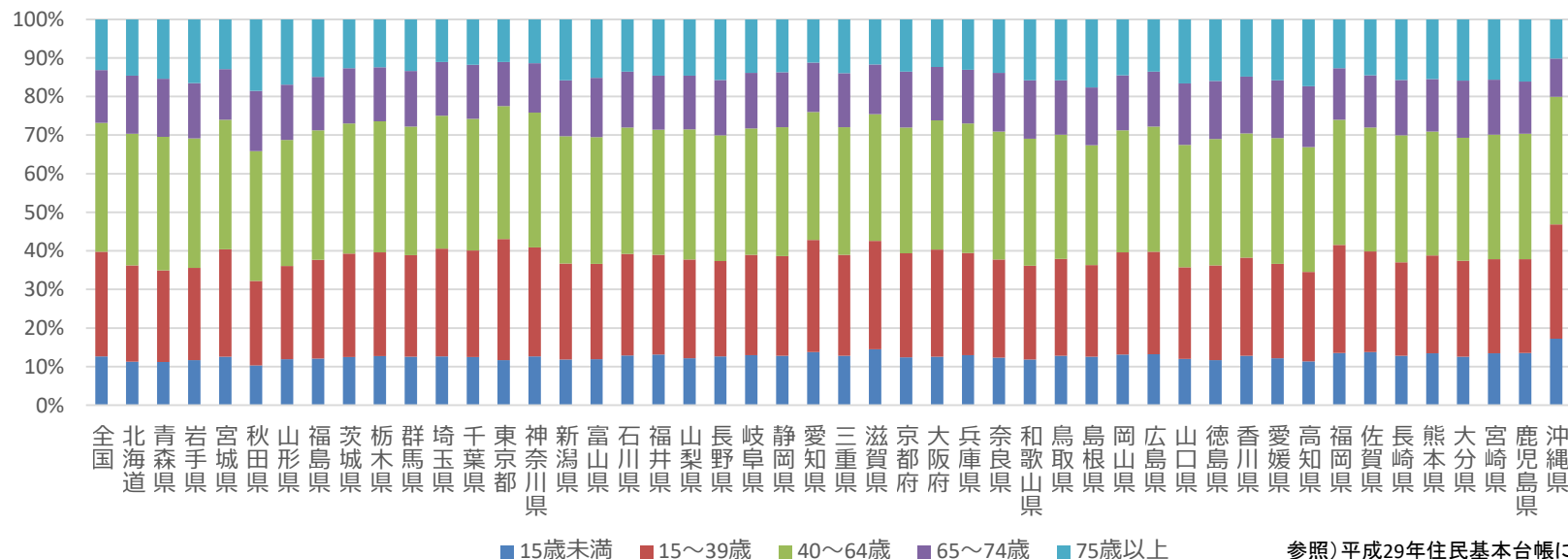


1 - 1. 医療需要（ニーズ）及び将来の人口・人口構成の変化について（1）一年齢構成

■ 地域によって、人口構成が異なる。

➤ 65歳以上人口の割合が最大の秋田県と、最小の沖縄県では、14ポイントの差がある。

都道府県別人口構成（年齢階級別）



65歳以上の人口の割合		
1位	秋田県	34.1%
2位	高知県	33.1%
3位	島根県	32.6%
45位	愛知県	24.0%
46位	東京都	22.5%
47位	沖縄県	20.1%

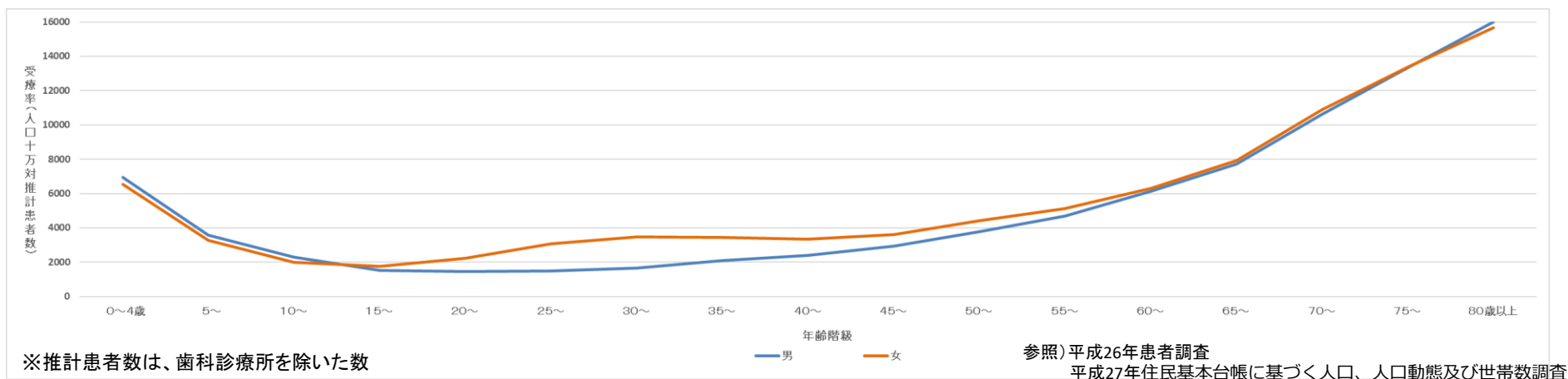
参照) 平成29年住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査

1 - 1. 医療需要（ニーズ）及び将来の人口・人口構成の変化について（3）一年齢ごとの受療率

■ 年齢や性別によって、受療率が異なる。

- 15歳未満の小児と、高齢者は受療率が比較的高い。
- 20代から30代にかけては、女性の受療率が比較的高い。

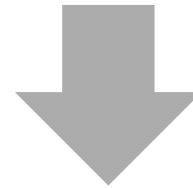
受療率（性年齢階級別）



1 - 1. 医療需要（ニーズ）及び将来の人口・人口構成の変化について（4）

課題

- 地域によって、人口構成（性・年齢構成）が異なる。
- 性・年齢によって、受療率が異なる。
- これらの違いは、人口10万人対医師数では考慮できていない。



論点

- 地域ごとの医療需要を、地域ごとの人口構成の違いを踏まえ、性年齢階級別の受療率を用いて調整してはどうか。

性年齢階級別受療率を用いた、各地域の医療需要の計算方法（案）

$$\text{地域ごとの医療需要} = \frac{\text{地域ごとの人口}}{10\text{万人}} \times \text{地域ごとの標準化受療率比}$$

$$\text{地域ごとの標準化受療率比} = \frac{\text{地域ごとの期待受療率}}{\text{全国の受療率}}$$

・ 地域ごとの期待受療率

=

[0 - 5歳男性]地域ごとの人口 × [0 - 5歳男性]受療率 + [0 - 5歳女性]地域ごとの人口 × [0 - 5歳女性]受療率 + . . .

. . . + [30 - 35歳男性]地域ごとの人口 × [30 - 35歳男性]受療率 + . . . + [80歳以上女性]地域ごとの人口 × [80歳以上女性]受療率

地域ごとの人口

1-2. 患者の流出入等について①一昼間と夜間の人口差について（1）

- 昼間人口と夜間人口が大きく異なる都道府県が存在する。
- 昼間人口は夜間人口と比べて、最も増加する東京都で約240万人増、最も減少する埼玉県で約81万人減となる。

夜間人口（※1）と昼間人口（※2）の比較（都道府県別）

都道府県名	夜間人口 (2015年)	昼間人口 (2015年)	差分 (昼-夜)
全国	127,094,745	127,094,745	0
北海道	5,381,733	5,378,786	△ 2,947
青森県	1,308,265	1,306,283	△ 1,982
岩手県	1,279,594	1,276,705	△ 2,889
宮城県	2,333,899	2,339,786	5,887
秋田県	1,023,119	1,020,642	△ 2,477
山形県	1,123,891	1,120,365	△ 3,526
福島県	1,914,039	1,917,815	3,776
茨城県	2,916,976	2,842,851	△ 74,125
栃木県	1,974,255	1,955,198	△ 19,057
群馬県	1,973,115	1,969,764	△ 3,351
埼玉県	7,266,534	6,456,452	△ 810,082
千葉県	6,222,666	5,582,241	△ 640,425
東京都	13,515,271	15,920,405	2,405,134
神奈川県	9,126,214	8,322,926	△ 803,288
新潟県	2,304,264	2,302,236	△ 2,028
富山県	1,066,328	1,063,834	△ 2,494
石川県	1,154,008	1,156,536	2,528
福井県	786,740	786,736	△ 4
山梨県	834,930	828,495	△ 6,435
長野県	2,098,804	2,094,051	△ 4,753
岐阜県	2,031,903	1,952,630	△ 79,273
静岡県	3,700,305	3,692,336	△ 7,969
愛知県	7,483,128	7,586,294	103,166

都道府県名	夜間人口 (2015年)	昼間人口 (2015年)	差分 (昼-夜)
三重県	1,815,865	1,784,775	△ 31,090
滋賀県	1,412,916	1,363,716	△ 49,200
京都府	2,610,353	2,656,353	46,000
大阪府	8,839,469	9,224,306	384,837
兵庫県	5,534,800	5,294,074	△ 240,726
奈良県	1,364,316	1,228,426	△ 135,890
和歌山県	963,579	946,387	△ 17,192
鳥取県	573,441	572,678	△ 763
島根県	694,352	694,770	418
岡山県	1,921,525	1,921,822	297
広島県	2,843,990	2,850,087	6,097
山口県	1,404,729	1,399,109	△ 5,620
徳島県	755,733	752,919	△ 2,814
香川県	976,263	978,511	2,248
愛媛県	1,385,262	1,385,392	130
高知県	728,276	727,644	△ 632
福岡県	5,101,556	5,105,438	3,882
佐賀県	832,832	834,871	2,039
長崎県	1,377,187	1,374,210	△ 2,977
熊本県	1,786,170	1,777,292	△ 8,878
大分県	1,166,338	1,165,668	△ 670
宮崎県	1,104,069	1,103,434	△ 635
鹿児島県	1,648,177	1,646,386	△ 1,791
沖縄県	1,433,566	1,433,110	△ 456

昼間人口が夜間人口に比べて

- : 10%以上増加
- : 3%以上10%未満増加
- : 3%以上10%未満減少
- : 10%以上減少

※1 夜間人口：調査時に当該地域に常住している人口
 ※2 昼間人口：当該地域の夜間人口から他の地域へ通勤・通学している者を減じ、他の地域から通勤・通学に来ている者を加えた人口

1 - 2. 患者の流出入等について①一昼間と夜間の人口差について（2）

- 昼間人口10万人対医師数は夜間人口10万人対医師数と比べて、最も増加する奈良県で約27ポイント増、最も減少する東京都で約46ポイント減となる。

夜間人口（※1） 10万人対医師数と昼間人口（※2） 10万人対医師数の比較（都道府県別）

都道府県名	10万人対医師数	
	夜間人口（2015年） 当たり	昼間人口（2015年） 当たり
全国	239.8	239.8
北海道	237.0	237.1
青森県	195.9	196.2
岩手県	192.1	192.5
宮城県	231.5	231.0
秋田県	220.6	221.1
山形県	217.4	218.1
福島県	194.4	194.0
茨城県	179.6	184.3
栃木県	217.0	219.2
群馬県	224.5	224.9
埼玉県	160.6	180.7
千葉県	190.3	212.2
東京都	306.7	260.3
神奈川県	205.8	225.7
新潟県	190.3	190.5
富山県	240.6	241.2
石川県	279.9	279.3
福井県	244.3	244.3
山梨県	230.4	232.2
長野県	225.1	225.6
岐阜県	207.8	216.3
静岡県	200.1	200.5
愛知県	208.4	205.6

都道府県名	10万人対医師数	
	夜間人口（2015年） 当たり	昼間人口（2015年） 当たり
三重県	216.1	219.9
滋賀県	220.9	228.9
京都府	314.2	308.8
大阪府	270.2	258.9
兵庫県	241.8	252.8
奈良県	241.7	268.4
和歌山県	287.3	292.5
鳥取県	296.3	296.7
島根県	270.6	270.4
岡山県	299.3	299.3
広島県	254.0	253.5
山口県	244.6	245.6
徳島県	313.5	314.6
香川県	274.8	274.2
愛媛県	260.5	260.5
高知県	302.9	303.2
福岡県	297.7	297.5
佐賀県	275.2	274.5
長崎県	293.5	294.1
熊本県	280.0	281.4
大分県	267.1	267.2
宮崎県	236.7	236.8
鹿児島県	261.1	261.4
沖縄県	244.0	244.1

昼間人口10万人対医師数が
夜間人口10万人対医師数に比べて

- : 10%以上増加
- : 3%以上10%未満増加
- : 3%以上10%未満減少
- : 10%以上減少

- ※1 夜間人口：調査時に当該地域に常住している人口
 ※2 昼間人口：当該地域の夜間人口から他の地域へ通勤・通学している者を減じ、他の地域から通勤・通学に来ている者を加えた人口

参照)
 平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査
 平成27年国勢調査

1 - 2. 患者の流出入等について②ー患者の流出入について（2）

■ 患者の受療行動は患者住所地以外の地域でも見られ、都道府県間で患者の流出入が発生している。

- 都道府県間流入率は最大で東京都の10.7%（患者流入：医療施設住所地外の患者による受診）
- 都道府県間流出率は最大で埼玉県の10.4%（患者流出：患者住所地外の医療機関への受診）

都道府県間の患者総数の流入率・流出率

■ ： 流入率・流出率が10%以上

	患者総数 (患者住所地)	推計流入患者数	推計流出患者数	総数	
				(千人)	
				流入率(%)	流出率(%)
全国	8557.2	270.6	270.6	3.2	3.2
北海道	349.7	0.7	1.1	0.2	0.3
青森県	91.2	1.4	0.9	1.5	1.0
岩手県	85.1	1.6	1.8	1.9	2.1
宮城県	152.7	2.4	1.7	1.5	1.1
秋田県	69.1	0.9	0.7	1.3	1.0
山形県	83.6	0.7	0.8	0.8	1.0
福島県	126.0	2.3	2.6	1.8	2.1
茨城県	180.1	6.5	10.5	3.6	5.8
栃木県	124.6	5.4	3.5	4.2	2.8
群馬県	126.2	4.8	2.8	3.7	2.2
埼玉県	412.4	14.2	42.9	3.6	10.4
千葉県	349.9	10.6	25.7	3.1	7.3
東京都	861.6	101.2	31.7	10.7	3.7
神奈川県	585.0	14.8	39.4	2.6	6.7
新潟県	154.6	0.8	0.9	0.5	0.6
富山県	67.7	0.9	0.9	1.3	1.3
石川県	72.0	1.0	0.7	1.4	1.0
福井県	50.3	0.4	0.7	0.8	1.4
山梨県	54.0	1.4	1.9	2.6	3.5
長野県	128.4	1.2	1.8	0.9	1.4
岐阜県	139.5	2.6	4.0	1.9	2.9
静岡県	222.8	3.3	3.7	1.5	1.7
愛知県	473.4	9.5	4.5	2.0	1.0

	患者総数 (患者住所地)	推計流入患者数	推計流出患者数	総数	
				(千人)	
				流入率(%)	流出率(%)
三重県	136.7	2.1	5.8	1.6	4.2
滋賀県	84.1	1.5	2.9	1.8	3.4
京都府	158.6	6.9	5.6	4.3	3.5
大阪府	615.5	20.5	13.3	3.2	2.2
兵庫県	386.9	8.4	13.3	2.2	3.4
奈良県	87.3	3.3	6.8	3.9	7.8
和歌山県	74.8	2.3	2.3	3.0	3.1
鳥取県	41.2	1.9	0.6	4.4	1.5
島根県	51.6	0.9	1.9	1.8	3.7
岡山県	130.1	2.8	2.3	2.1	1.8
広島県	210.4	3.9	2.5	1.8	1.2
山口県	116.1	1.3	2.2	1.1	1.9
徳島県	60.8	0.9	0.7	1.5	1.2
香川県	76.8	1.0	1.1	1.3	1.4
愛媛県	110.7	0.8	1.4	0.7	1.3
高知県	60.8	0.3	0.7	0.5	1.2
福岡県	374.5	8.5	6.6	2.2	1.8
佐賀県	70.7	3.7	3.4	5.2	4.8
長崎県	115.5	1.1	1.9	0.9	1.6
熊本県	149.5	3.1	2.4	2.1	1.6
大分県	84.9	2.4	2.5	2.8	2.9
宮崎県	82.5	2.3	1.7	2.7	2.1
鹿児島県	138.8	1.3	3.0	0.9	2.2
沖縄県	78.4	0.4	0.5	0.5	0.6

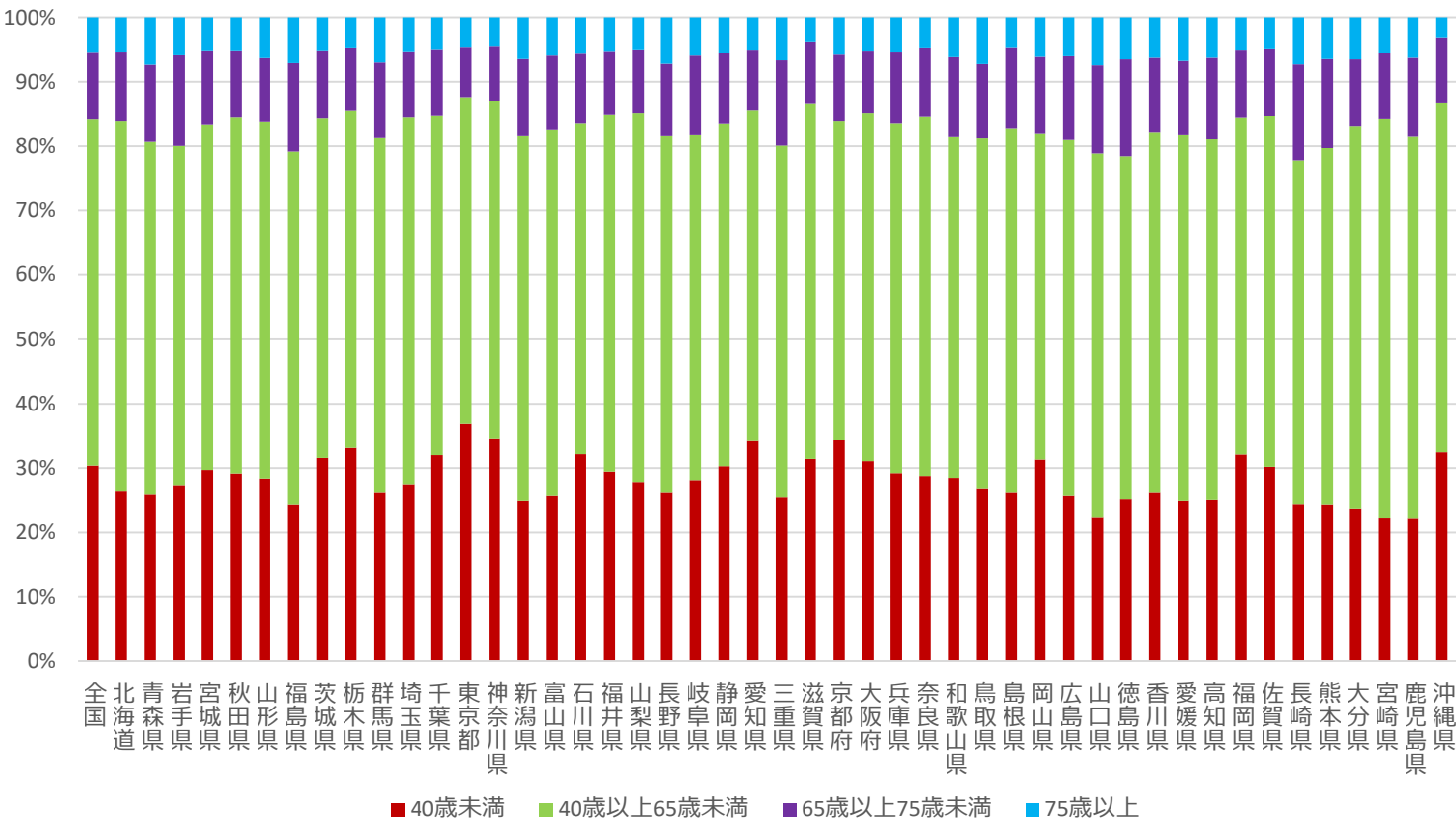
流入率 = $\frac{\text{当該地域外に居住する入院患者数} + \text{当該地域外に居住する外来患者数}}{\text{当該地域内の医療施設における入院患者数} + \text{当該地域内の医療施設における外来患者数}}$
 流出率 = $\frac{\text{当該地域外の医療施設で入院した患者数} + \text{当該地域外の医療施設を外来受診した患者数}}{\text{当該地域内に居住する外来患者数} + \text{当該地域内に居住する入院患者数}}$

参照) 平成26年患者調査

1 - 4 . 医師の性別・年齢分布について（1）

- 地域によって医師の年齢分布が異なる。
 - 65歳以上の医師の割合が最も高い長崎県と、最も低い東京都では約10ポイントの差がある。

都道府県別医師人口構成（年齢階級別）



65歳以上の医師の割合		
1位	長崎県	22.2%
2位	徳島県	21.6%
3位	山口県	21.1%
45位	沖縄県	13.2%
46位	神奈川県	12.9%
47位	東京都	12.4%

参照) 平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査

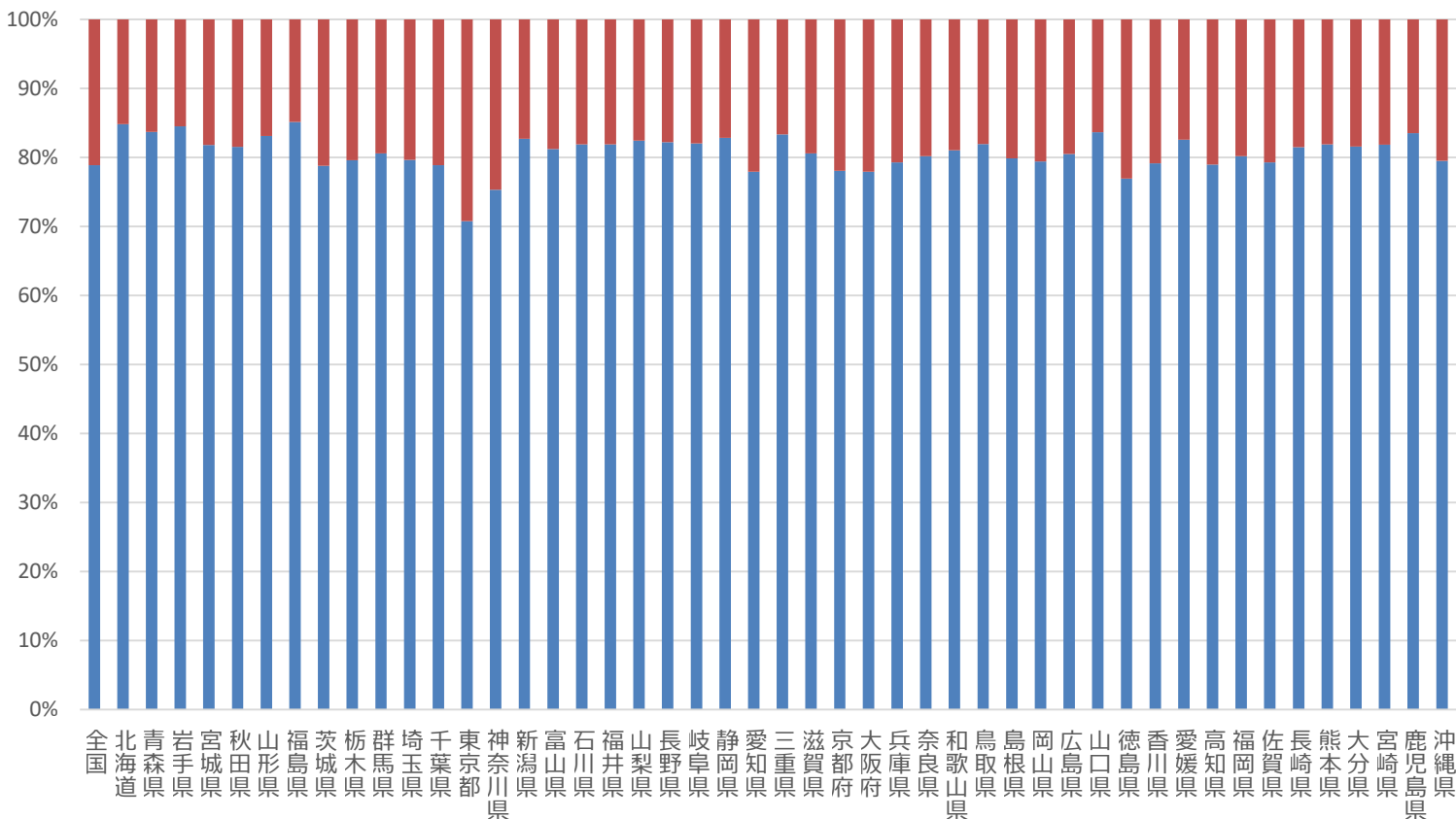
1 - 4. 医師の性別・年齢分布について（2）

■ 地域によって医師の男女比が異なる。

➤ 医師の女性割合が最も高い東京都と、最も低い福島県では約15ポイントの差がある。

都道府県別医師人口構成（性別）

■ 男性 ■ 女性



女性比率		
1位	東京都	29.2%
2位	神奈川県	24.7%
3位	徳島県	23.0%
45位	岩手県	15.5%
46位	北海道	15.2%
47位	福島県	14.9%

参照) 平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査

医師偏在指標に関する課題の整理

医療従事者の需給に関する検討会
第22回 医師需給分科会（平成30年9月28日）
資料2-1（抜粋・一部改変）

人口10万人対医師数における課題
1-1. 人口構成（性・年齢構成）の違いを反映できていない
1-2. 患者の流出入等を反映できていない
1-3. へき地等の地理的条件を反映できていない
1-4. 医師の性別・年齢分布について反映できていない
1-5. 入院、外来などの機能ごとの偏在の状況、診療科別の医師の偏在の状況を反映できていない



医師偏在指標における対応
地域ごとの医療需要について、人口構成の違いを踏まえ、受療率を用いて性年齢調整を行ったものを用いてはどうか。
昼間人口と夜間人口のそれぞれを用い、実態に応じた一定の重み付けを行ったものを用いてはどうか。 患者の流出入に関しては、患者住所地を基準に流出入実態を踏まえ、都道府県間調整を行うこととしてはどうか。
法律上、医師確保対策の対象とされている「医師の確保を特に図るべき区域」に、医師少数区域以外の二次医療圏に存在する無医地区、準無医地区（へき地診療所設置済み地区を含む。）も一定の考え方の下、含めることを検討してはどうか
医師の性・年齢階級別の平均労働時間で重み付けを行ったものを用いてはどうか。
入院外来別の医師偏在については、外来医療機能の不足・偏在等への対応について検討する際に併せて検討することとしてはどうか。 診療科別の医師偏在については、喫緊の対応として小児科と産科についての指標を暫定的に作成してはどうか。

(参考) 現時点の医師偏在指標について

医療従事者の需給に関する検討会
第23回 医師需給分科会（平成30年10月
24日）
資料3-1（抜粋・一部改変）

- 医師数は、性別ごとに20歳代、30歳代・・・60歳代、70歳以上に区分して、平均労働時間の違いを用いて調整する。
- 従来の人口10万人対医師数をベースに、地域ごとに性年齢階級による受療率の違いを調整する。

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数}}{\text{地域の人口} \div 10\text{万} \times \text{地域の標準化受療率比}(\times 1)}$$

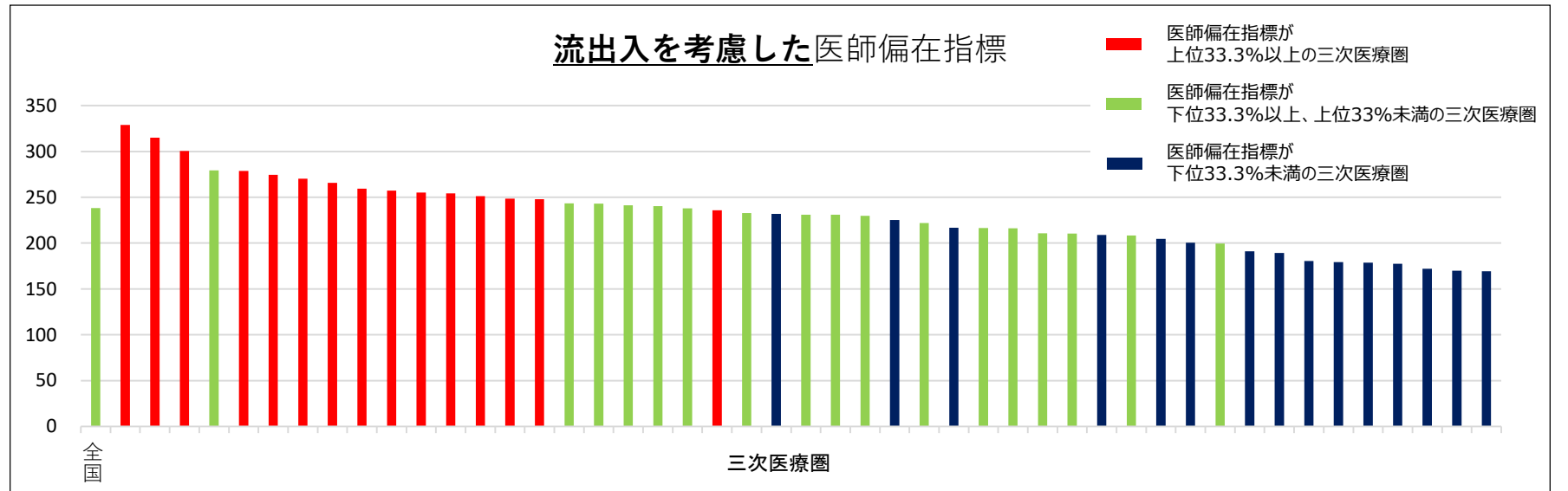
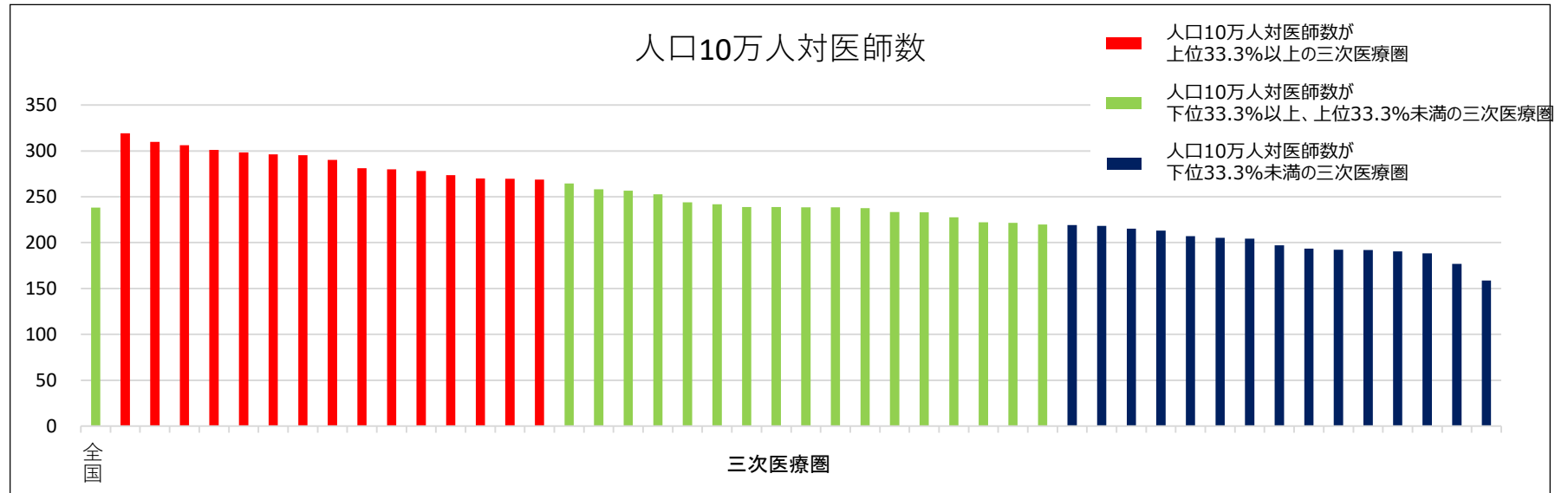
$$\text{標準化医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$\text{地域の標準化受療率比}(\times 1) = \text{地域の期待受療率} \div \text{全国の期待受療率}(\times 2)$$

$$\text{地域の期待受療率}(\times 2) = \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

注) 患者の流出入に関しては、患者住所地を基準に流出入実態を踏まえ、都道府県間調整を行うこととする。
へき地などの地理的条件については、「医師の確保を特に図るべき区域」として、一定の考え方の下で考慮することとする。

流出入を考慮した三次医療圏ごとの医師偏在指標

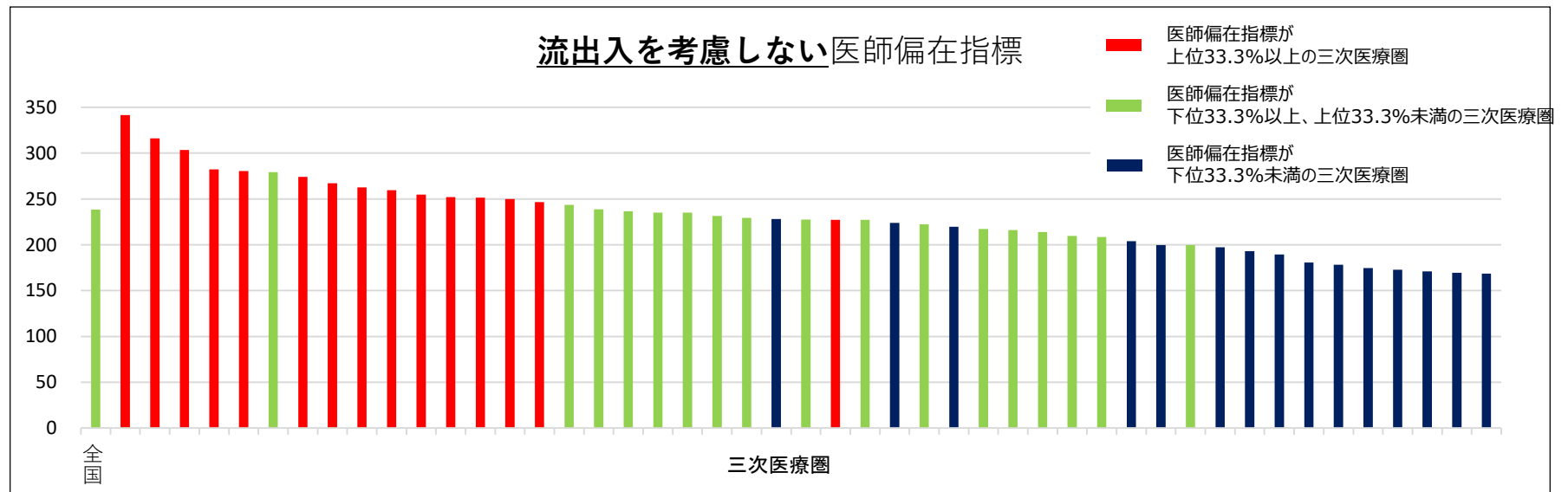
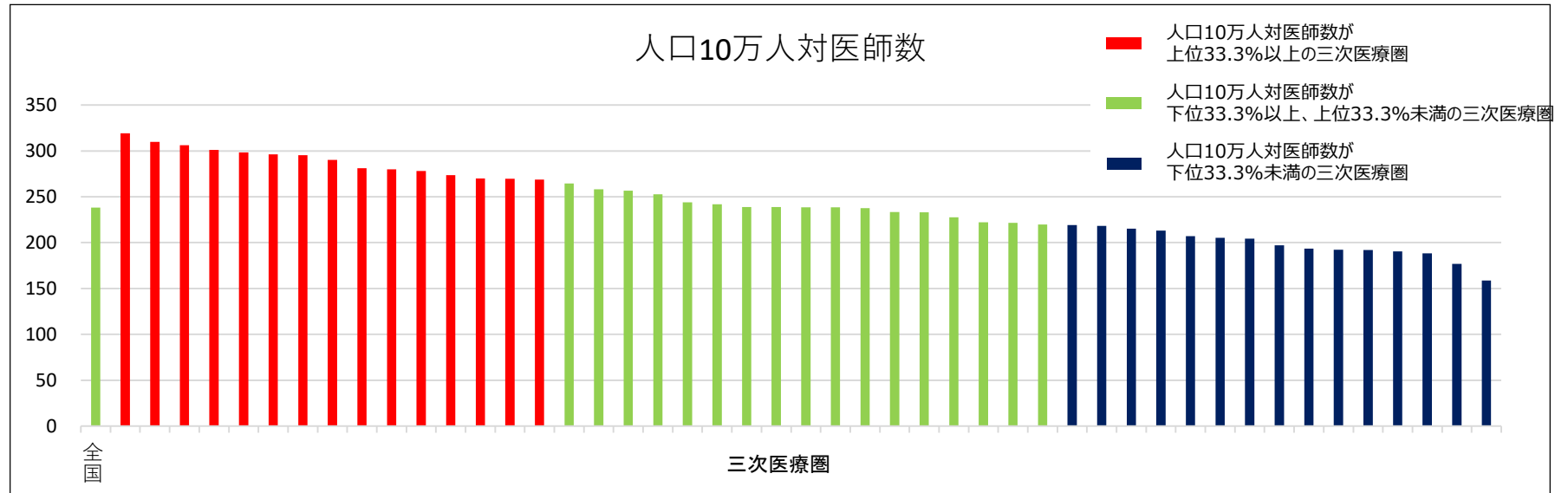


参照)
・平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査
・平成29年住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査

・平成26年患者調査
・平成27年国勢調査

・「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）

流出入を考慮しない三次医療圏ごとの医師偏在指標

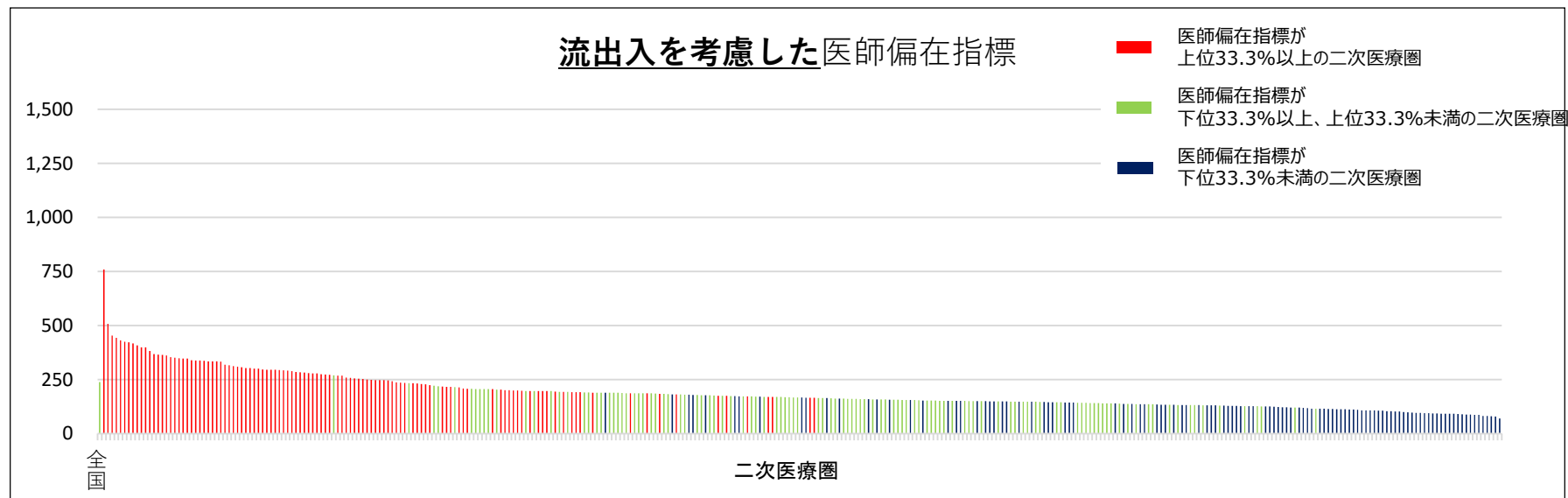
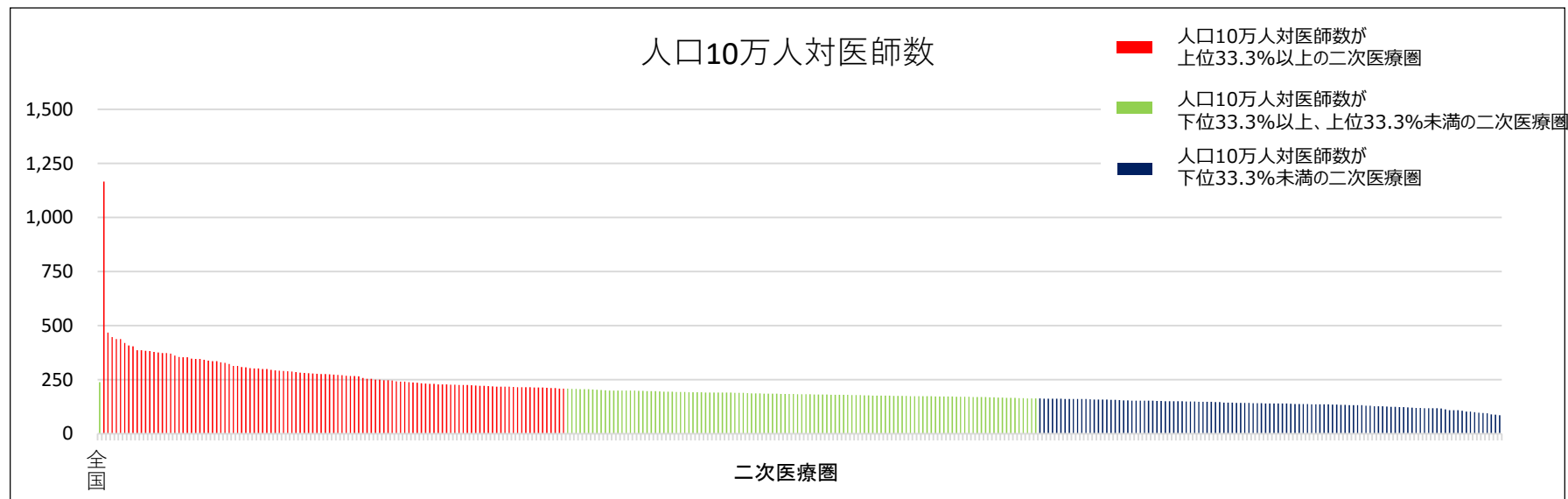


参照)
・平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査
・平成29年住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査

・平成26年患者調査
・平成27年国勢調査

・「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）

流出入を考慮した二次医療圏ごとの医師偏在指標

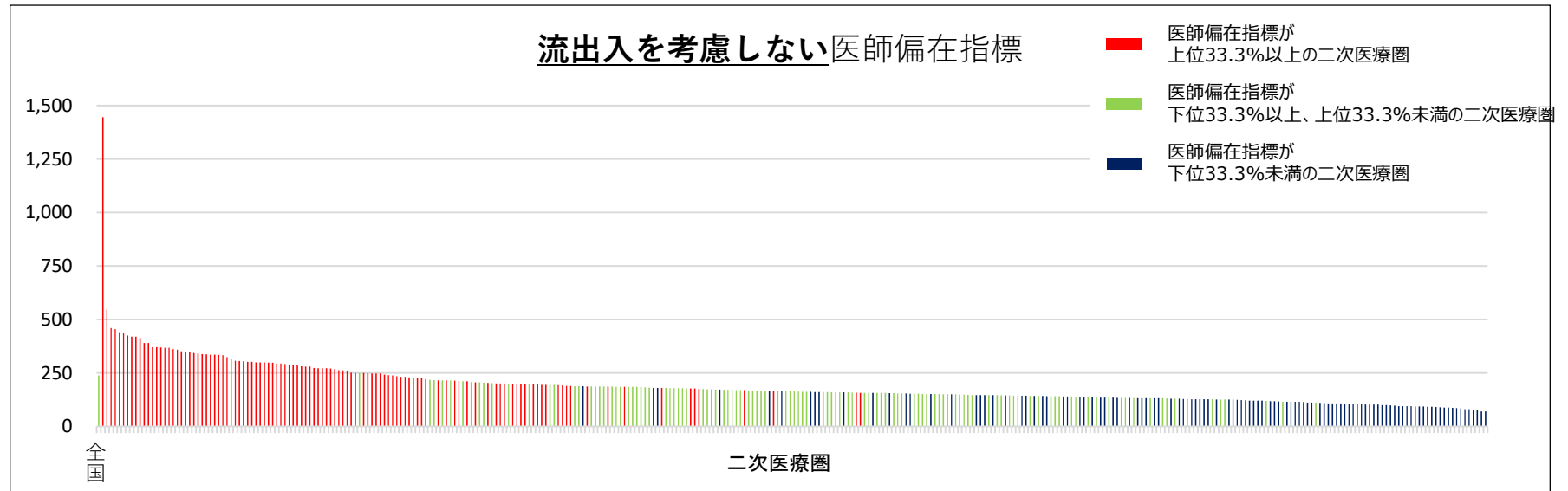
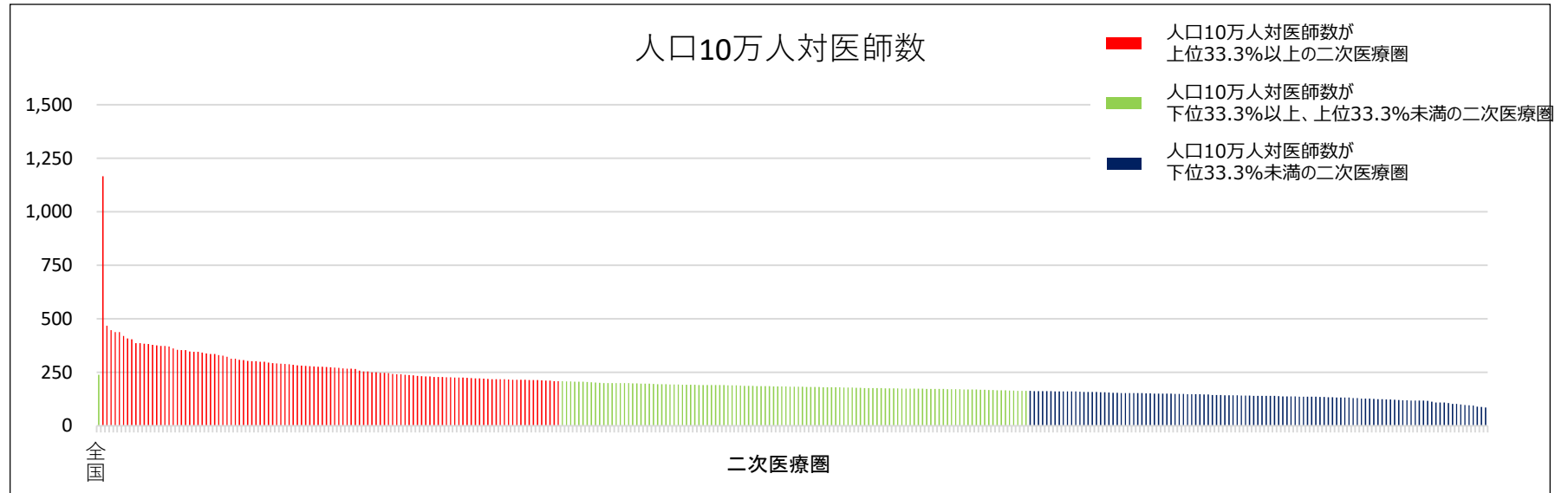


参照)
 ・平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査
 ・平成29年住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査

・平成26年患者調査
 ・平成27年国勢調査

・「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）

流出入を考慮しない二次医療圏ごとの医師偏在指標



参照)
・平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査
・平成29年住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査

・平成26年患者調査
・平成27年国勢調査

・「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）

将来時点の医師偏在指標

地域枠等の方針・数を決めるために必要

将来時点の医師偏在指標の要素について

- 将来時点の医師偏在指標についても、現在時点の医師偏在指標と同様の考え方をを用いることとしてはどうか。
- ただし、一部の要素については、現在時点の医師偏在指標の考え方の修正が必要ではないか。

人口10万人対医師数における課題		将来時点の医師偏在指標における対応
1. 人口構成（性・年齢構成）の違いを反映できていない	➡	現在時点の医師偏在指標と同様の考え方をを用いてはどうか。 ただし、 <u>人口構成等の経時変化を反映</u> することとしてはどうか。
2. 患者の流出入等を反映できていない	➡	現在時点の医師偏在指標と同様の考え方をを用いてはどうか。 ただし、患者の流出入に関して、都道府県間での調整の上で経時変化を見込むこともできることとしてはどうか。
3. へき地等の地理的条件を反映できていない	➡	現在時点の医師偏在指標と同様の考え方をを用いてはどうか。
4. 医師の性別・年齢分布について反映できていない	➡	現在時点の医師偏在指標と同様の考え方をを用いてはどうか。 ただし、 <u>医師数については、医師供給推計の値を用いる</u> こととしてはどうか。
5. 入院、外来などの機能ごとの偏在の状況、診療科別の医師の偏在の状況を反映できていない	➡	現在時点の医師偏在指標と同様の考え方をを用いてはどうか。

将来時点の医師偏在指標について

- 医師数は、性別ごとに20歳代、30歳代・・・60歳代、70歳以上に区分して、平均労働時間の違いを用いて調整する。
- 従来的人口10万人対医師数をベースに、地域ごとに性年齢階級による受療率の違いを調整する。

$$\text{将来時点の医師偏在指標} = \frac{\text{将来時点の地域の標準化医師数}}{\text{将来時点の地域の人口} \div 10\text{万}} \times \text{将来時点の地域の標準化受療率比} (\times 1)$$

$$\text{標準化医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$\text{地域の標準化受療率比} (\times 1) = \text{地域の期待受療率} \div \text{全国の期待受療率} (\times 2)$$

$$\text{地域の期待受療率} (\times 2) = \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

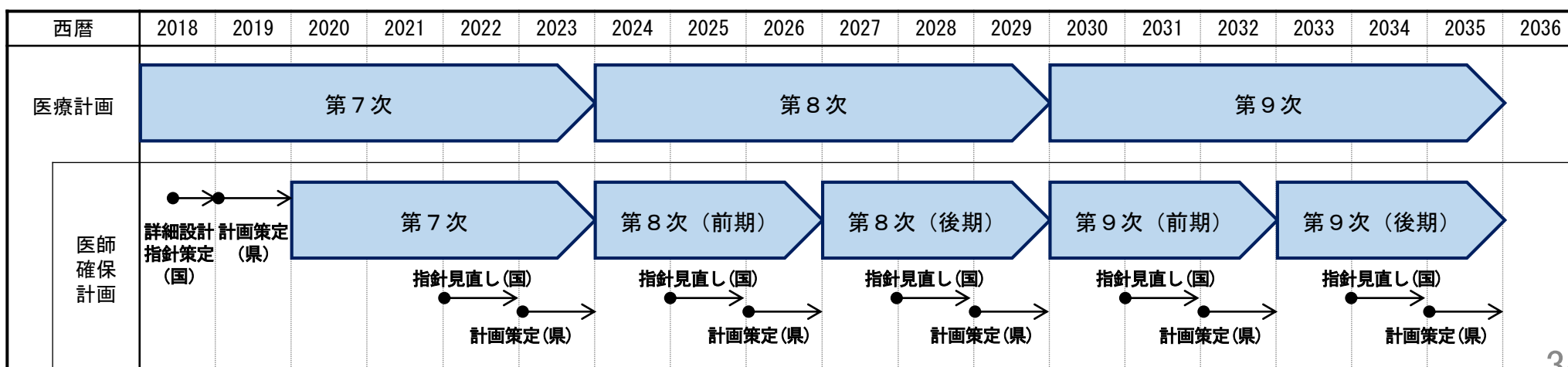
注) 患者の流出入に関しては、患者住所地を基準に流出入実態を踏まえ、都道府県間調整を行うこととする。
へき地などの地理的条件については、「医師の確保を特に図るべき区域」として、一定の考え方の下で考慮することとする。

設定時点について — 医師養成と医療計画（医師確保計画）

- 今後、医師の働き方改革に関する議論等を踏まえ、2022年度以降の医師養成数について検討を行う予定であるが、これと整合的になるよう地域枠・地元出身者枠の設定を行うことが必要である。
- 医師確保計画に基づき、2022年度以降の地域枠・地元出身者枠の増員等の要請を行う場合、2028年度から政策効果が出始めることとなる。
- 地域枠の義務年限を9年間とすると、義務年限期間中の地域枠医師が、2022年度以降の医師確保計画に基づく地域枠・地元出身者枠設定後に入学した医師で満たされるのは、2036年度以降となる。



- 医療計画は6年ごとに見直すこととされている。
- 医師確保計画は第7次計画は4年、第8次（前期）計画以後は3年ごとに見直すこととされている。



設定時点について — 医療需要について

医療従事者の需給に関する検討会
第19回 医師需給分科会（平成30年4月12日）
資料1（抜粋・一部改変）

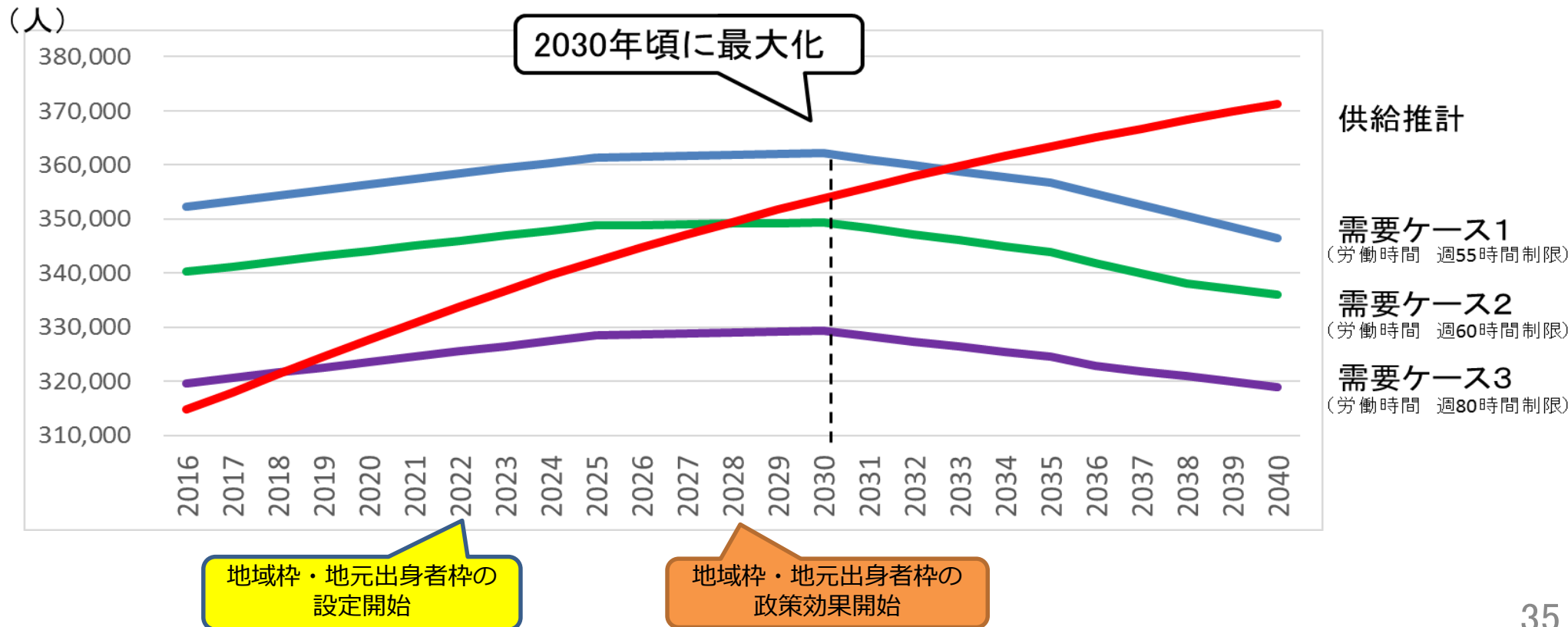
- 医師需給分科会第三次中間取りまとめにおける、医師需給推計において、医師需要は2030年頃に最大化すると推計されている。

供給推計 今後の医学部定員を平成30年度(2018年度)の9,419人として推計

需要推計 ケース1、ケース2、ケース3について推計※

※ 労働時間、業務の効率化、受療率等について幅を持って推計（別紙）

※※ 勤務時間を考慮して、全体の平均勤務時間と性年齢階級別の勤務時間の比を仕事率とした



設定時点について ― まとめ

- 将来時点の医師偏在指標について、時点をいつと設定するか。
 - 将来の医師偏在指標は大学医学部における地域枠・地元出身者枠の要請に用いるため、今後地域枠・地元出身者枠の増員等を行った際にその効果が十分に出る時点に設定する必要があると考えられる。
 - 医師確保計画に基づき、2022年度以降の地域枠・地元出身者枠の増員等の要請を行う場合、2028年度から政策効果が出始めることとなる。
 - 地域枠の義務年限を9年間とすると、義務年限期間中の地域枠医師が、2022年度以降の医師確保計画に基づく地域枠・地元出身者枠設定後に入学した医師で満たされるのは、2036年度以降となる。
 - 将来のある時点を境に医療需要が減少傾向となること、また将来推計の誤差が大きくなることから、余りに遠い時点に設定することは適当でないと考えられる。
 - 医療計画や医師確保計画の目標設定との整合性の観点から、これらの計画の計画期間の終了時点と合わせることが望ましいと考えられる。
 - 医療計画は6年ごとに見直すこととされている。
 - 医師確保計画は第7次計画は4年、第8次（前期）計画以後は3年ごとに見直すこととされている。
- 
- これらを踏まえ、第9次（後期）医師確保計画の終了時点（2035年度末）の医師確保の状況の把握（※）を行う2036年を、将来時点の医師偏在指標の設定時点としてはどうか。

（※医師・歯科医師・薬剤師調査による）

**医師偏在指標が定まるのはよいが
一体何をすればよいのか**

□ 医療法上、都道府県は、二次医療圏単位で、医師偏在指標に関する基準に従い、医師少数区域・医師多数区域の設定ができるとされている。

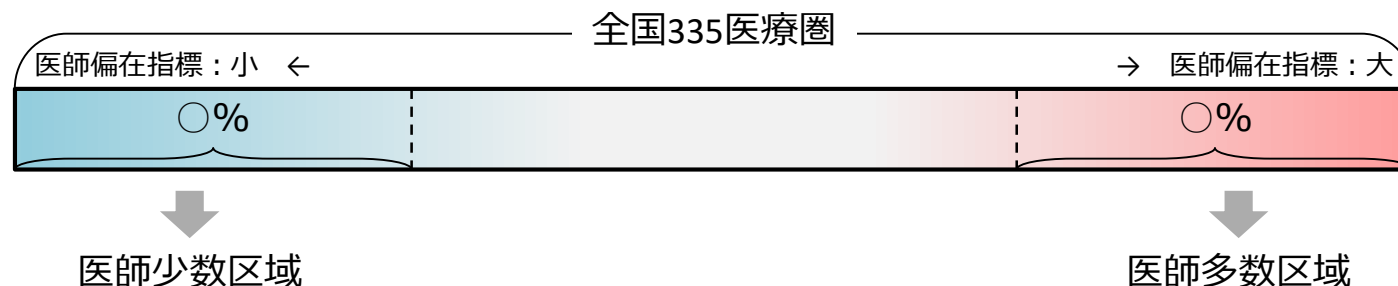
・医療法（昭和23年法律第205号）
第30条の4

6 都道府県は、第二項第十一号に掲げる事項を定めるに当たっては、提供される医療の種別として厚生労働省令で定めるものごとに、同号ロに規定する指標（※医師偏在指標）に関し厚生労働省令で定める基準に従い、医師の数が少ないと認められる同項第十四号に規定する区域（※二次医療圏）を定めることができる。

7 都道府県は、第二項第十一号に掲げる事項を定めるに当たっては、提供される医療の種別として厚生労働省令で定めるものごとに、同号ロに規定する指標（※医師偏在指標）に関し厚生労働省令で定める基準に従い、医師の数が多いと認められる同項第十四号に規定する区域（※二次医療圏）を定めることができる。



- ・ 医師少数区域・医師多数区域の設定に用いる、医師偏在指標に関する基準をどのように定めるか。
 - 全国の335二次医療圏の医師偏在指標の値を一律に比較し、上位○%を医師多数区域、下位○%を医師少数区域とすることとしてはどうか。
 - 基準を定めるに当たっては、例えば、固定値を用いる、標準偏差を用いるなどの方法が考えられ、医師少数区域・医師多数区域に関する各施策の詳細について検討した上で、それらを踏まえて議論することが適当ではないか。

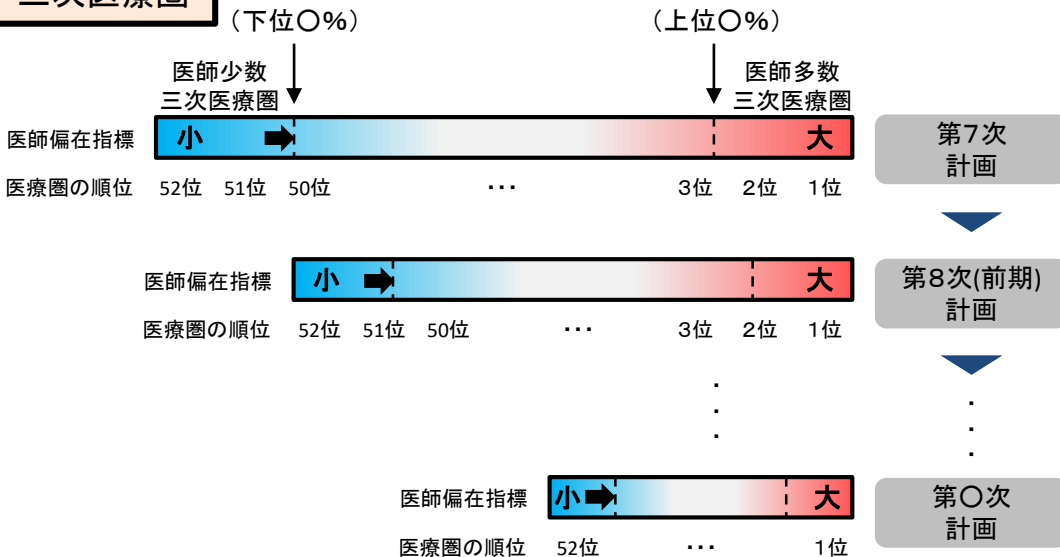


目標医師数の基本的な考え方

医療従事者の需給に関する検討会
第23回 医師需給分科会（平成30年10月24日）
資料2（抜粋）

- 目標医師数を次のように設定することとしてはどうか。

三次医療圏

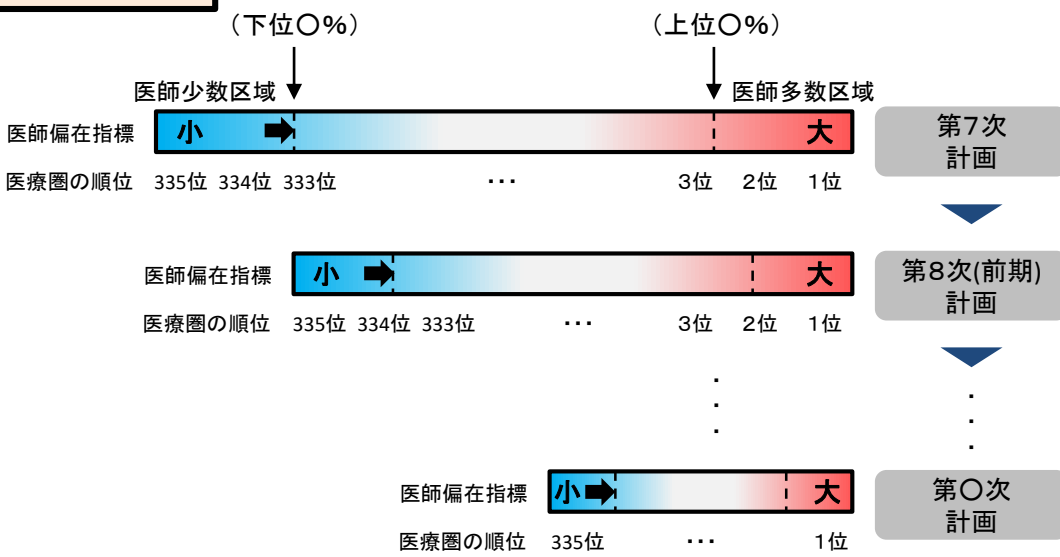


計画終了時点の医師偏在指標の値が、計画開始時点の医師少数三次医療圏の基準値(下位〇%)に達することとなる医師数を目標医師数に設定

- 計画開始時点で基準値を下回る三次医療圏：医師確保が必要
- 計画開始時点で基準値を上回る三次医療圏：目標を達成済

複数の計画期間を通じて、段階的に偏在の解消を図る

二次医療圏



医師少数区域：
計画終了時点の医師偏在指標の値が、計画開始時点の医師少数区域の基準値(下位〇%)に達することとなる医師数を目標医師数に設定

その他の区域：都道府県が独自に目標を設定
(国が、参考値として医師偏在指標が全国平均値と等しい値になる医師数を提示)

複数の計画期間を通じて、段階的に偏在の解消を図る

将来時点の必要医師数について

医療従事者の需給に関する検討会
第23回 医師需給分科会（平成30年10月24日）資料を
改変

- 医師需給は、労働時間を週60時間程度に制限する等の仮定をおく「需要ケース2」において、**平成32年度医学部入学者が臨床研修を修了すると想定される2028年（平成40年）頃に均衡すると推計される。**

- ・供給推計 今後の医学部定員を平成30年度の9,419人として推計。

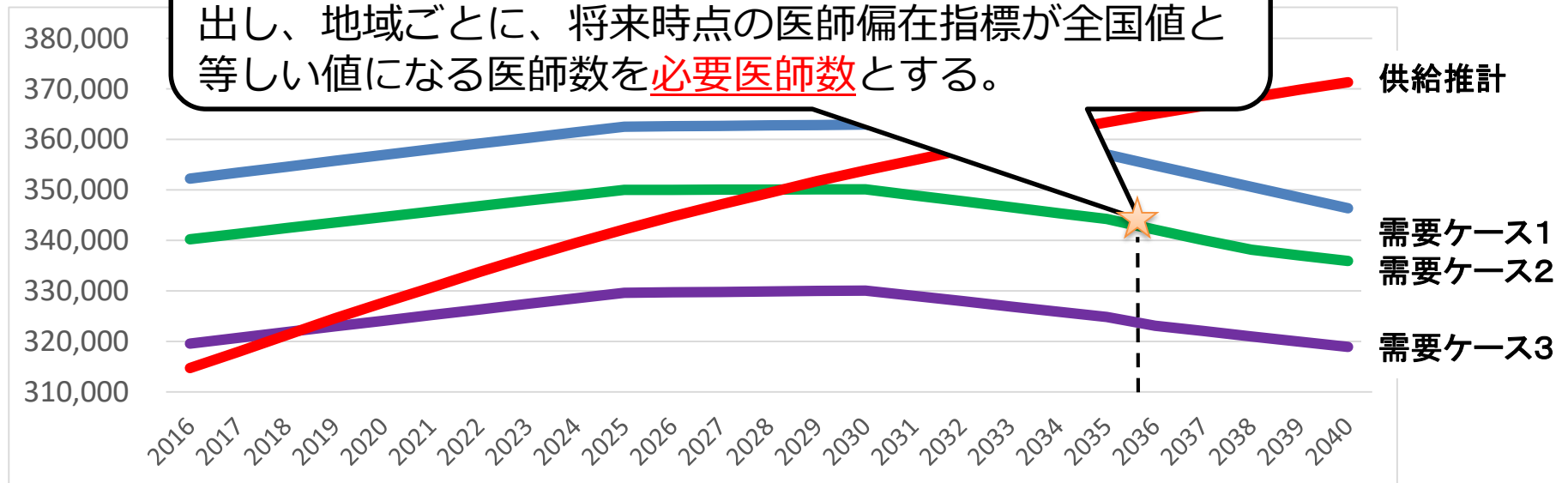
※1 勤務時間を考慮して、全体の平均勤務時間と性年齢階級別の勤務時間の比を仕事率とした

- ・需要推計 分科会において了承の得られた仮定に基づき、以下の通り、一定の幅を持って推計を行った。

- ・ケース1（労働時間を週55時間に制限等≒月平均60時間の時間外・休日労働に相当）
- ・ケース2（労働時間を週60時間に制限等≒月平均80時間の時間外・休日労働に相当）
- ・ケース3（労働時間を週80時間に制限等≒月平均160時間の時間外・休日労働に相当）

※2 医師の働き方改革等を踏まえた需要の変化についても、一定の幅を持って推計を行った

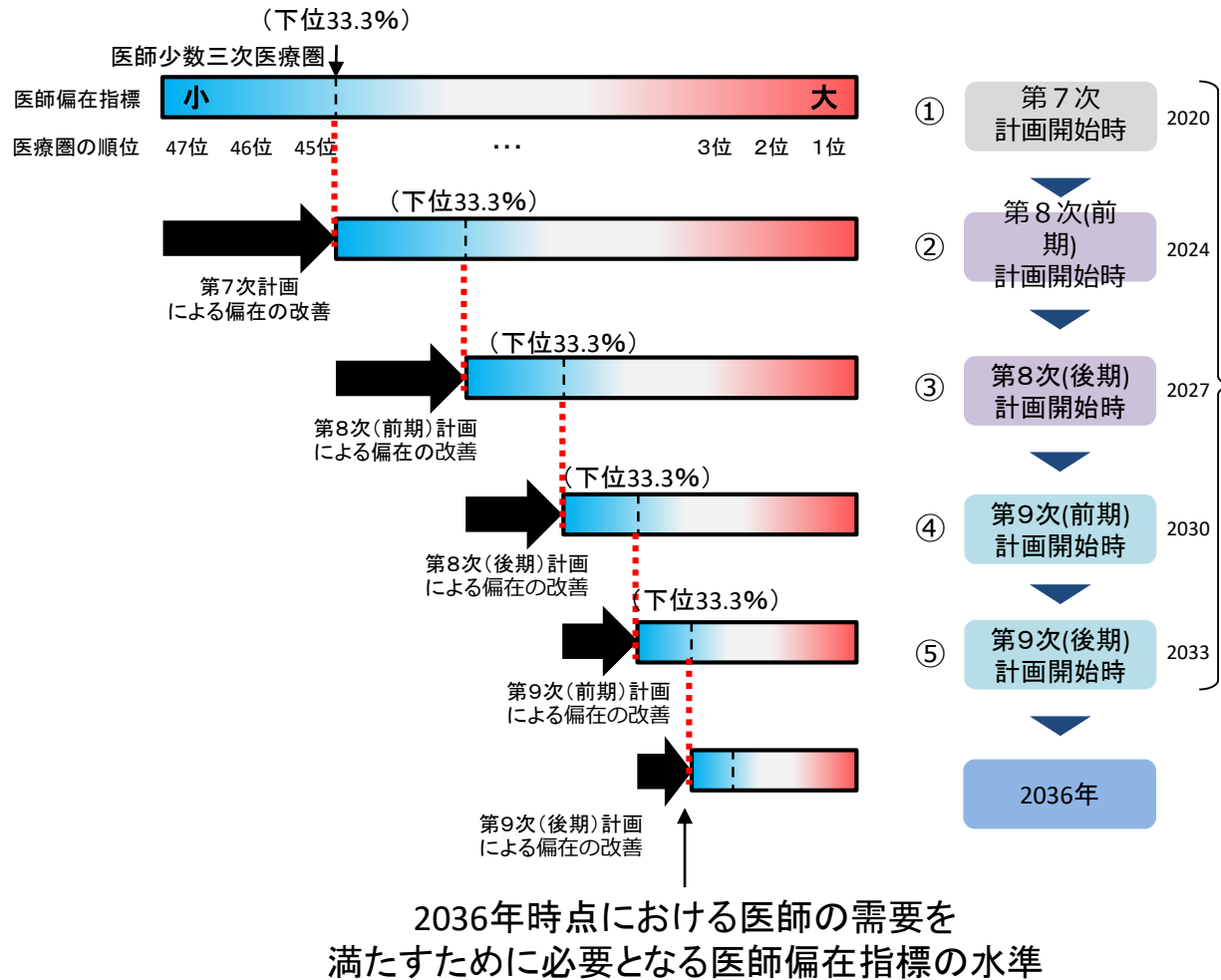
（人）



医師少数区域等の基準の設定

- 医師少数三次医療圏の基準を定めるに当たりどのように考えたらよいか。

- 最も医師偏在指標が小さい三次医療圏においても、2036年に、医療需要を満たすだけの医師を確保することを目標として、医師少数三次医療圏の基準を定めることとしてはどうか。



- 第7次～第9次(後期)までの5次の計画期間を通じて、段階的に偏在を解消し、2036年時点(第9次(後期)医師確保計画の計画終了時点)においては、最も医師偏在指標が小さい三次医療圏においても医療需要を満たすことを目標とする。

- 各医師確保計画において、同じ割合(※)の三次医療圏が医師少数三次医療圏に該当するとし、各計画期間終了時に、医師少数三次医療圏の基準に達するとの目標を達成すると仮定し、5次の計画期間分のシミュレーションを行った。

- この割合(※)を33.3%とすることで、2036年に上記の目標を達成する水準となることが確認された。

- ◆ このため、医師少数三次医療圏の基準値を下位33.3%としてはどうか。

- 医師少数区域、多数区域(二次医療圏単位)及び医師多数三次医療圏についても、施策の整合性の観点から、同様の値(下位/上位33.3%)を基準値としてはどうか。

医師偏在指標を活用した医師偏在対策

医療従事者の需給に関する検討会
第22回 医師需給分科会（平成30年9月28日）
資料2-1（抜粋）

- 改正法の施行後、医師偏在指標を活用した医師偏在対策として、主に以下のものが実施されることとなる。

医師確保計画における目標医師数の設定

都道府県は、三次医療圏・二次医療圏単位で、医師偏在指標を踏まえた医師の確保数の目標（目標医師数）の設定が義務付けられている

医師少数区域、医師多数区域の設定

都道府県は、二次医療圏単位で、医師偏在指標に関する基準に従い、医師少数区域・医師多数区域の設定ができるとされている

都道府県内での医師の派遣調整

都道府県は、地域医療支援事務として、都道府県内の医師少数区域等における医療機関をはじめ、医師確保が必要な医療機関で適切に医師が確保されることを目的とした医師の派遣調整を行うこととされている

キャリア形成プログラムの策定

都道府県は、地域医療支援事務として、都道府県内の医師少数区域等における医師の確保と、当該区域に派遣される医師のキャリア形成の機会の確保を目的としたキャリア形成プログラムの策定を行うこととされている

医療機関の勤務環境の改善支援

都道府県は、医師少数区域等に派遣される医師が勤務することとなる医療機関の勤務環境の改善の重要性に留意し、医師派遣と連携した勤務環境改善支援を行うこととされている

地域医療への知見を有する医師の大臣認定

厚生労働大臣は、医師少数区域等における一定の勤務経験を通じた地域医療への知見を有する医師を認定することとされている

臨床研修病院の定員設定

都道府県知事は、医師少数区域等における医師数の状況に配慮した上で、都道府県内の臨床研修病院ごとの研修医の定員を定めることとされている

大学医学部における地域枠・地元枠の設定

都道府県は、医師偏在指標によって示される当該都道府県の医師の多寡を踏まえ、大学に対し、医学部における地域枠・地元枠の設定・増加の要請を行うことができることとなる

地域間の医師偏在の解消等を通じ、地域における医療提供体制を確保するため、都道府県の医療計画における医師の確保に関する事項の策定、臨床研修病院の指定権限及び研修医定員の決定権限の都道府県への移譲等の措置を講ずる。

改正の概要

1. 医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設【医療法】

医師少数区域等における一定期間の勤務経験を通じた地域医療への知見を有する医師を厚生労働大臣が評価・認定する制度の創設や、当該認定を受けた医師を一定の病院の管理者として評価する仕組みの創設

2. 都道府県における医師確保対策の実施体制の強化【医療法】

都道府県においてPDCAサイクルに基づく実効的な医師確保対策を進めるための「医師確保計画」の策定、都道府県と大学、医師会等が必ず連携すること等を目的とした「地域医療対策協議会」の機能強化、効果的な医師の配置調整等のための地域医療支援事務の見直し 等

3. 医師養成過程を通じた医師確保対策の充実【医師法、医療法】

医師確保計画との整合性の確保の観点から医師養成過程を次のとおり見直し、各過程における医師確保対策を充実

- ・ 医学部：都道府県知事から大学に対する地域枠・地元出身入学者枠の設定・拡充の要請権限の創設
- ・ 臨床研修：臨床研修病院の指定、研修医の募集定員の設定権限の国から都道府県への移譲
- ・ 専門研修：国から日本専門医機構等に対し、必要な研修機会を確保するよう要請する権限の創設

都道府県の意見を聴いた上で、国から日本専門医機構等に対し、地域医療の観点から必要な措置の実施を意見する仕組みの創設 等

4. 地域の外来医療機能の偏在・不足等への対応【医療法】

外来医療機能の偏在・不足等の情報を可視化するため、二次医療圏を基本とする区域ごとに外来医療関係者による協議の場を設け、夜間救急体制の連携構築など地域における外来医療機関間の機能分化・連携の方針と併せて協議・公表する仕組みの創設

5. その他【医療法等】

- ・ 地域医療構想の達成を図るための、医療機関の開設や増床に係る都道府県知事の権限の追加
- ・ 健康保険法等について所要の規定の整備 等

施行期日

2019年4月1日。（ただし、2のうち地域医療対策協議会及び地域医療支援事務に係る事項、3のうち専門研修に係る事項並びに5の事項は公布日、1の事項及び3のうち臨床研修に係る事項は2020年4月1日から施行。）

都道府県における医師確保対策実施体制の整備

現 状

- 医療計画における医師確保関連の記載が都道府県ごとにばらつきがあり、法定の「**地域医療対策**」（医師確保対策）**も17県で未策定**。
- 都道府県・大学・医師会・主要な医療機関等で構成される「**地域医療対策協議会**」は、**7県で未開催**（過去5年）

回数	0	1	2	3	4	5以上
都道府県数	7 青森県 山形県 新潟県 山梨県 香川県 福岡県 佐賀県	1	－	2	3	34

- 都道府県によっては、医師確保に関する**各種会議体が乱立**。
- 地域枠等の**医師派遣について、大学と都道府県が連携できていない場合がある**。

医師確保対策について、都道府県が主体的・実効的に対策を行うことができる体制が十分に整っていない。

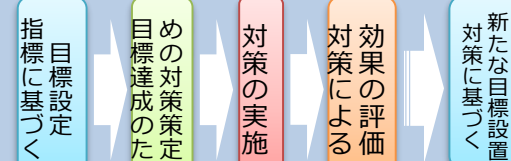
制度改正後

都道府県が、大学、医師会等の管内の関係者と連携して医師偏在対策を進めていくことができる体制を構築する。

① 医師確保計画の策定

- 以下の内容を「医師確保計画」として、法律上位置付け。（3年ごとに見直し）
 - ・ 都道府県内における医師の確保方針
 - ・ 医師偏在の度合いに応じた医師確保の目標
 - ・ 目標の達成に向けた施策内容

PDCAサイクルの下で進捗管理



② 地域医療対策協議会の機能強化



- ・ 具体的な医師確保対策の実施を担う医療機関を中心に**構成員を再構成**
- ・ 都道府県内の医師確保関係**会議を整理・統合**

都道府県・大学・医師会・主要医療機関等が合意の上、医師派遣方針、研修施設・研修医の定員等を決定



地域医療対策協議会

協議に基づいた事務の実施

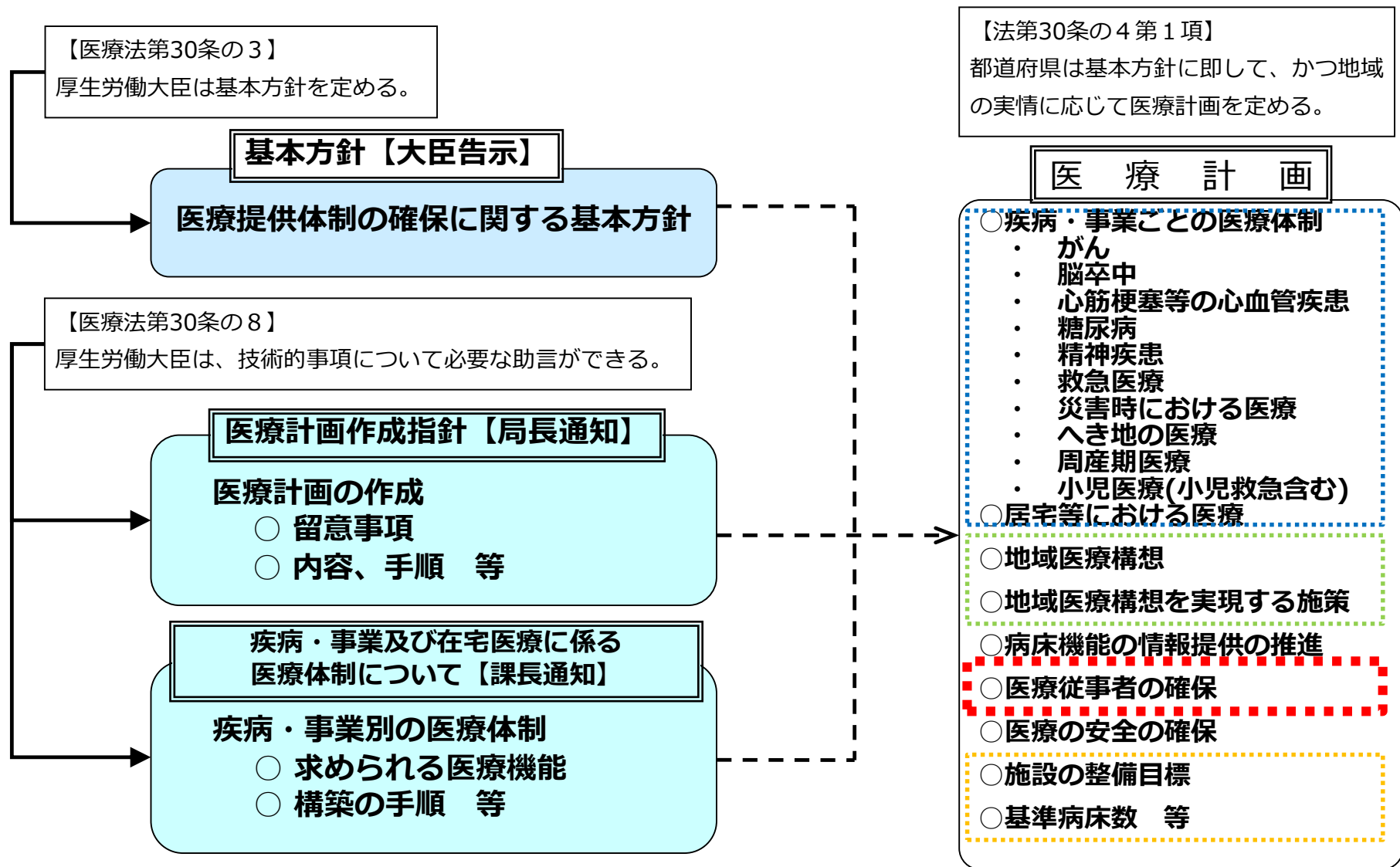


地域医療支援センター

③ 地域医療支援事務の見直し

- 都道府県が行う地域医療支援事務（地域医療支援センターの事務）の実効性を強化。
 - ・ **必ず大学医学部・大学病院との連携**の下で実施
 - ・ 理由なく公立病院・公的病院などに派遣先が偏らないようにする
 - ・ 地域医療構想との整合性確保
 - ・ **地域枠の医師**について、都道府県主体での派遣方針決定
 - ・ キャリア形成プログラムの策定を徹底
 - ・ 派遣医師の負担軽減のための援助の実施

医療計画の策定に係る指針等の全体像について



地域医療対策協議会と地域医療支援センターの関係性

現行： 地域医療対策協議会の役割等が不明確
地域医療支援センターとの関係・役割分担も不明確

地域医療対策協議会



構成員 都道府県、大学、医師会、主要医療機関 等

役割 協議事項が具体化されていない
(医療従事者の確保(地域医療対策)のみ)

協議の方法 具体的な協議の方法は定められていない

国のチェック 協議内容に対する国のチェックの仕組みなし

関係・役割分担が不明確

地域医療支援センター (医師確保対策の事務の実施拠点)



法定事務 ・ 都道府県内の医師確保状況の調査分析
・ 医療機関や医師に対する相談援助

法定外事務 ・ 医師派遣のあっせん・調整(通知・予算)
・ キャリア形成プログラムの策定促進(通知・予算)等

協議の方法 運営委員会で協議(構成員、協議内容等が、地域医療対策協議会と重複)

見直し後： 地域医療対策協議会の役割明確化・協議プロセスの透明化
地域医療支援センターとの関係・役割の明確化

地域医療対策協議会



構成員 都道府県、大学、医師会、主要医療機関、民間医療機関 等
※ 議長は都道府県以外の第三者・互選、女性割合に配慮 等

役割 協議事項を法定
・ キャリア形成プログラムの内容
・ 医師の派遣調整
・ 派遣医師のキャリア支援策
・ 派遣医師の負担軽減策
・ 大学の地域枠・地元枠設定
・ 臨床研修病院の指定
・ 臨床研修医の定員設定
・ 専門研修の研修施設・定員 等

協議の方法 ・ 医師偏在指標に基づき協議
・ 大学・医師会等の構成員の合意が必要
・ 協議結果を公表

協議プロセスの透明化

国のチェック ・ 医師派遣先(公的、民間の別)等の医師の派遣状況について定期的に国がフォローアップ

都道府県が実施する医師派遣等の対策は、地域医療対策協議会において協議が調った事項に基づいて行う(法律に明記)

地域医療支援センター (医師確保対策の事務の実施拠点)



法定事務 ・ 都道府県内の医師確保状況の調査分析
・ 医療機関や医師に対する相談援助
・ 医師派遣事務
・ キャリア形成プログラムの策定
・ 派遣医師のキャリア支援・負担軽減 等

協議の方法 原則として、地域医療対策協議会に一本化
(地域医療対策協議会のWG等として存置可)

改正法による見直し

医師確保計画

医師確保計画を通じた医師偏在対策について

背景

- ・ 人口10万人対医師数は、医師の偏在の状況を十分に反映した指標となっていない。
- ・ 都道府県が主体的・実効的に医師確保対策を行うことができる体制が十分に整っていない。

医師の偏在の状況把握

医師偏在指標の算出

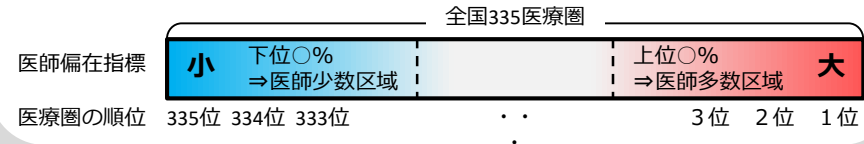
三次医療圏・二次医療圏ごとに、**医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成等を踏まえた**医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

医師偏在指標で考慮すべき「5要素」

- ・ 医療需要（ニーズ）及び将来の人口・人口構成の変化
- ・ 患者の流出等
- ・ へき地等の地理的条件
- ・ 医師の性別・年齢分布
- ・ 医師偏在の種別（区域、診療科、入院／外来）

医師多数区域・医師少数区域の設定

全国の335二次医療圏の医師偏在指標の値を一律に比較し、上位の一定の割合を医師多数区域、下位の一定の割合を医師少数区域とする基準を国が提示し、それに基づき都道府県が設定する。



国は、都道府県に医師確保計画として以下の内容を策定するよう、ガイドラインを通知。

『医師確保計画』（＝医療計画に記載する「医師の確保に関する事項」）の策定

医師の確保の方針

（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

医師偏在指標の大小、将来の需給推計などを踏まえ、地域ごとの医師確保の方針を策定。

- （例）・ 短期的に医師が不足する地域では、医師が多い地域から医師を派遣し、医師を短期的に増やす方針とする
- ・ 中長期的に医師が不足する地域では、地域枠・地元出身者枠の増員によって医師を増やす方針とする 等

確保すべき医師の数の目標

（目標医師数）

（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

医師確保計画策定時に、3年間の計画期間の終了時点で確保すべき目標医師数を、医師偏在指標を踏まえて算出する。

目標医師数を達成するための施策

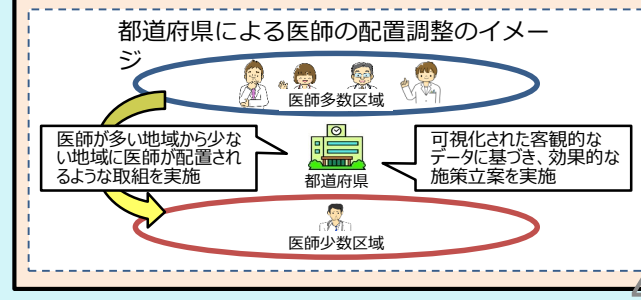
医師の確保の方針を踏まえ、目標医師数を達成するための具体的な施策を策定する。

- （例）・ 大学医学部の地域枠を15人増員する
- ・ 地域医療対策協議会で、医師多数区域のA医療圏から医師少数区域のB医療圏へ10人の医師を派遣する調整を行う 等

3年*ごとに、都道府県において計画を見直し（PDCAサイクルの実施）

西暦	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
医療計画	第7次						第8次					
医師確保計画	指標設計(国)	計画策定(県)	第7次				第8次(前期)		第8次(後期)			

* 2020年度からの最初の医師確保計画のみ4年（医療計画全体の見直し時期と合わせるため）

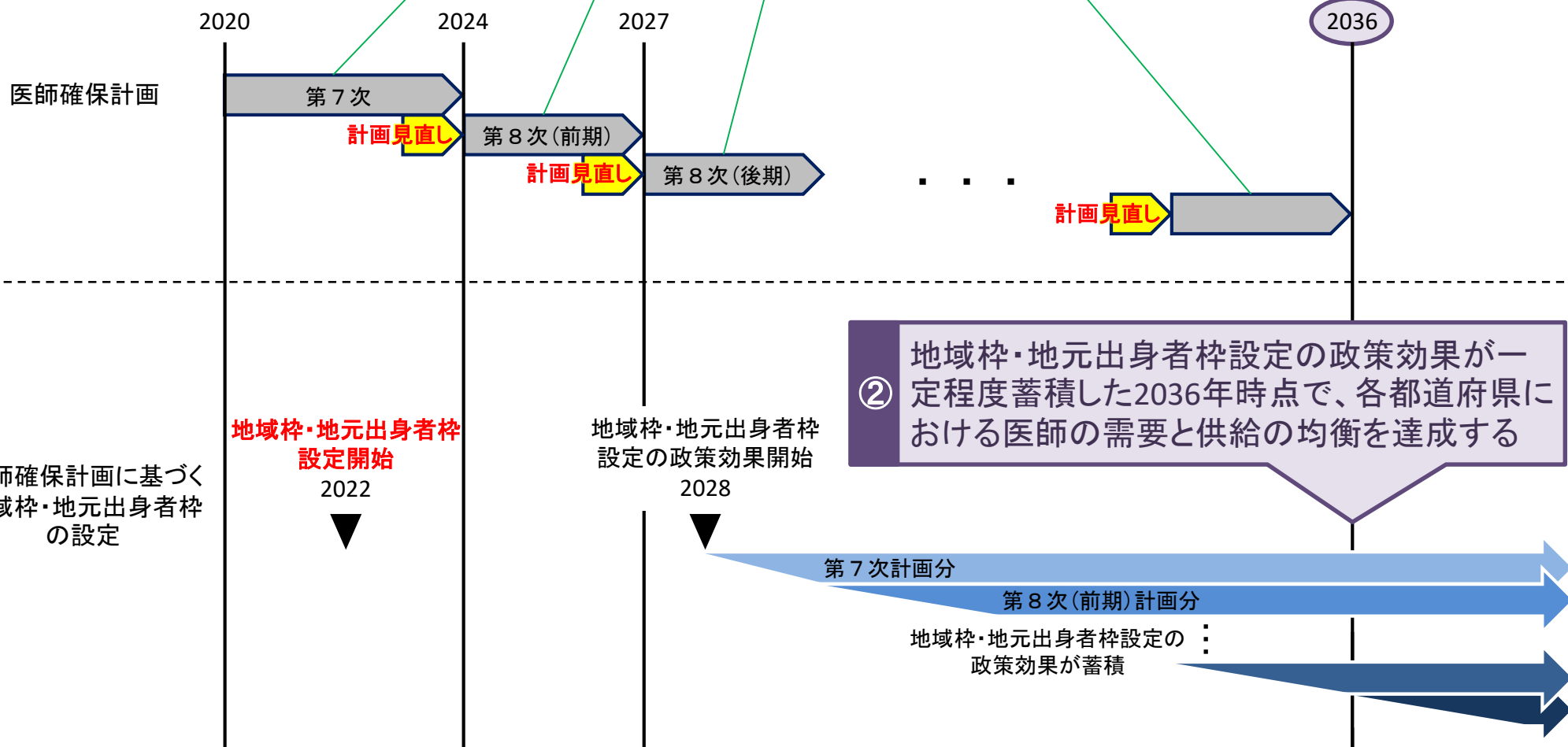


医師確保計画を通じた医師偏在の解消

医療従事者の需給に関する検討会
第23回 医師需給分科会（平成30年10月24日）
資料3-1（抜粋・一部改変）

①

三次医療圏間、二次医療圏間の医師偏在の喫緊の課題について、医師確保計画の各計画期間ごとに効果検証・課題把握と対応策の立案を行い、早期に効果を発揮する医師偏在対策（短期的な対策）により偏在を是正



※医師需給の均衡を達成した後の医師需要も踏まえた地域枠・地元出身者枠の設定を行う

医師確保方針

三次医療圏の医師の多寡の状況による医師の確保の方針の違い(案)

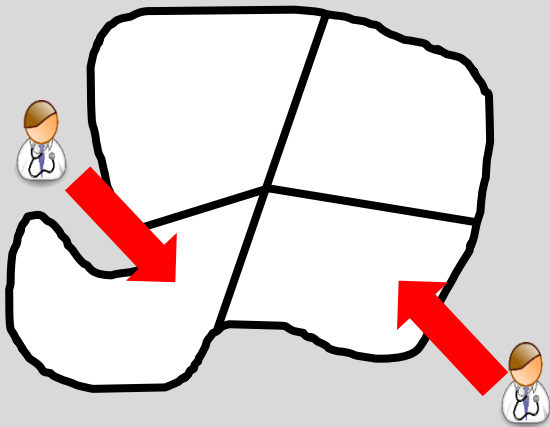
- 医師**少数**三次医療圏 : 他の医師多数三次医療圏からの医師の確保を行うこととしてはどうか。
- 医師**中程度**三次医療圏 : 必要に応じて、他の医師多数三次医療圏からの医師の確保ができることとしてはどうか。
- 医師**多数**三次医療圏 : 他の三次医療圏からの医師の確保を行わないこととしてはどうか。

医師**少数**三次医療圏
A県

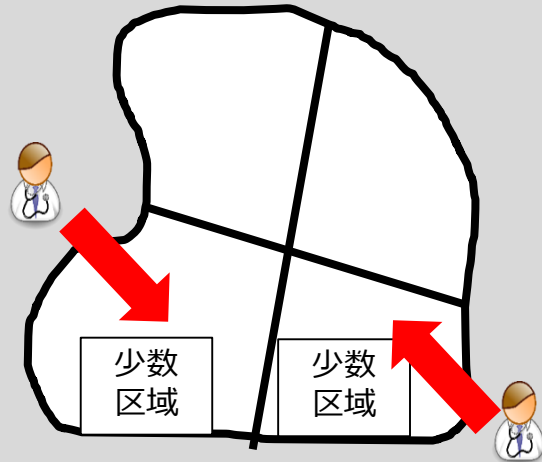
医師**中程度**三次医療圏
B県

医師**多数**三次医療圏
C県

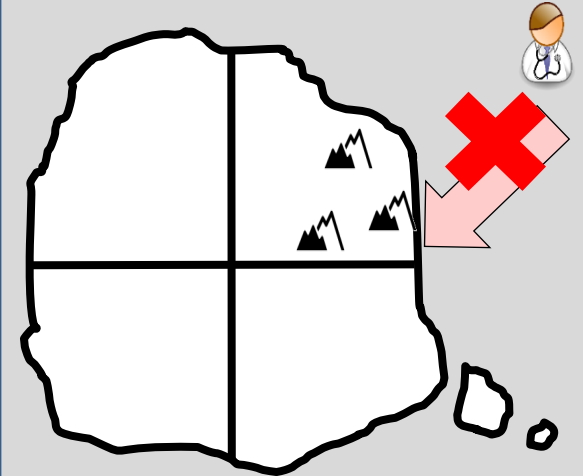
他の医師多数三次医療圏からの医師の確保を行うこととしてはどうか



必要に応じて、医師少数区域に対しては他の医師多数三次医療圏からの医師の確保ができることとしてはどうか



他の三次医療圏からの医師の確保を行わないこととしてはどうか。

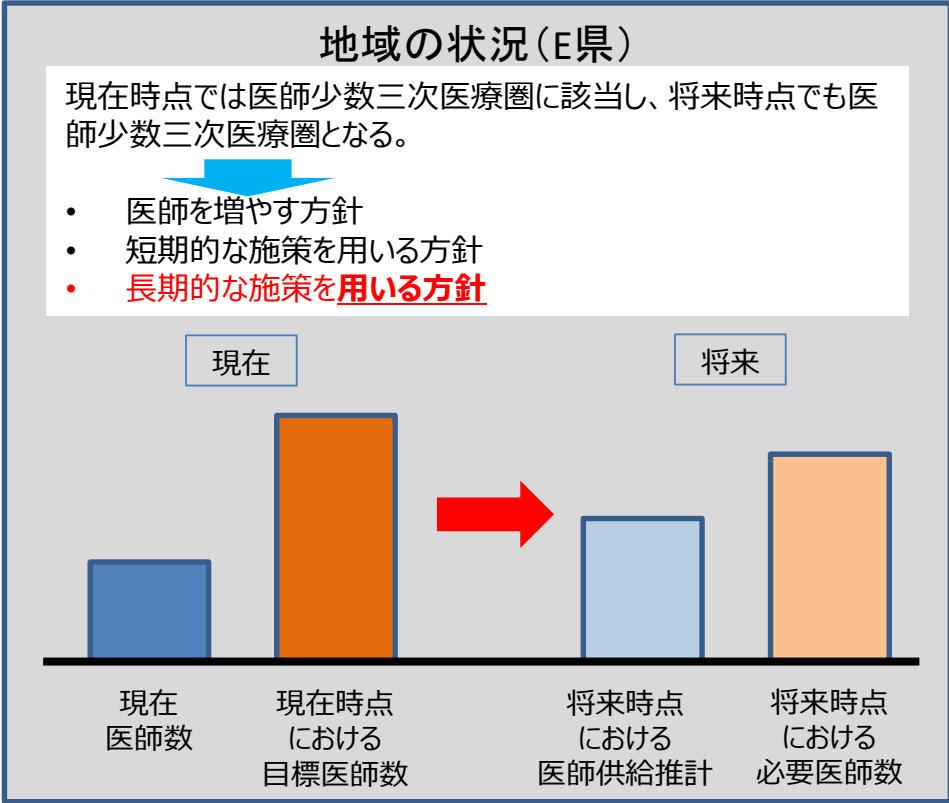
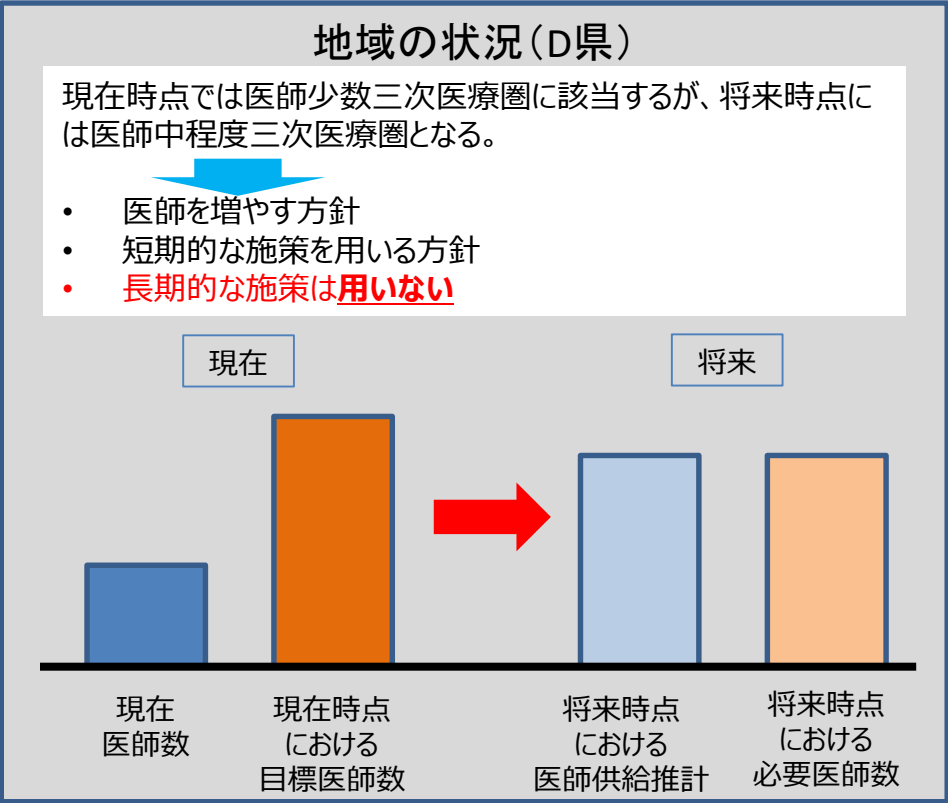


- 三次医療圏外からの医師の確保 (まとめ)

		医師少数三次医療圏	医師中程度三次医療圏	医師多数三次医療圏
医師少数区域	有り	可能	可能	不可
	無し	—	可能 (医師少数地区がある場合(後述))	

現在時点と将来時点のそれぞれにおける医師の多寡の状況への対応(三次医療圏)(案)

- **現在時点**の医師数の多寡の状況に対しては、**短期的な施策**を用いて対応を行うこととしてはどうか。
- **将来時点**の医師数の多寡の状況に対しては、**短期的な施策と長期的な施策を組み合わせ**て対応を行うこととしてはどうか。



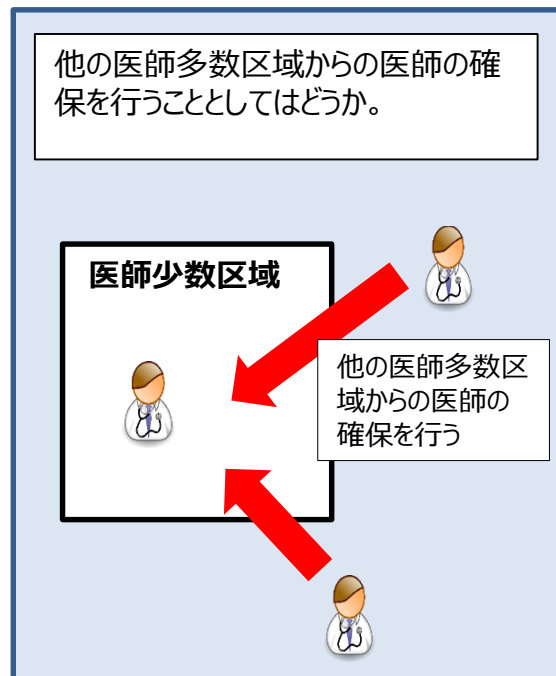
三次医療圏の医師の確保の方針

		現在時点	
		医師少数三次医療圏	医師多数／中程度三次医療圏
将来時点	医師少数三次医療圏	短期的な施策 長期的な施策	長期的な施策
	医師多数／中程度三次医療圏	短期的な施策	—

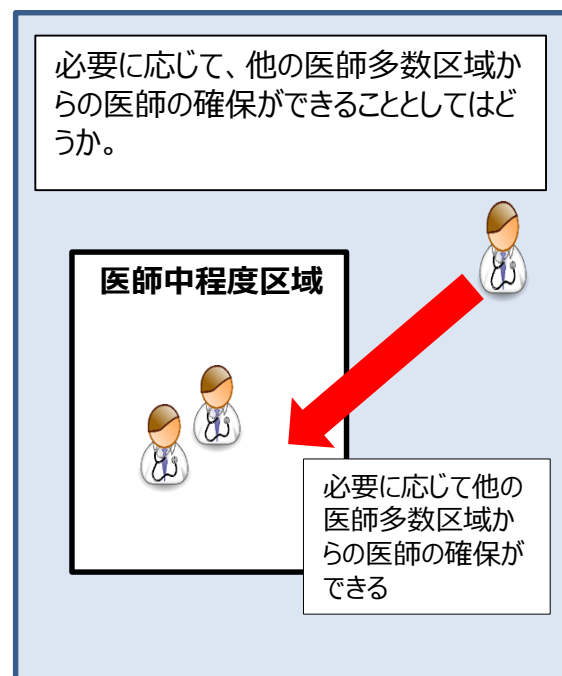
二次医療圏の医師の多寡の状況による医師の確保の方針の違い(案)

- 医師**少数**区域 : 他の医師多数区域からの医師の確保を行うこととしてはどうか。
- 医師**中程度**区域 : 必要に応じて、他の医師多数区域からの医師の確保ができることとしてはどうか。
- 医師**多数**区域 : 二次医療圏外からの医師の確保を行わないこととしてはどうか。

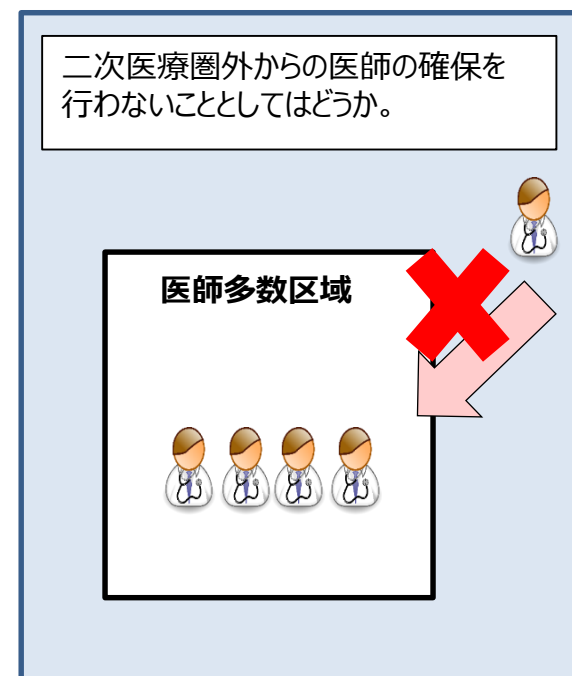
医師**少数**区域 (二次医療圏)



医師**中程度**区域 (二次医療圏)



医師**多数**区域 (二次医療圏)

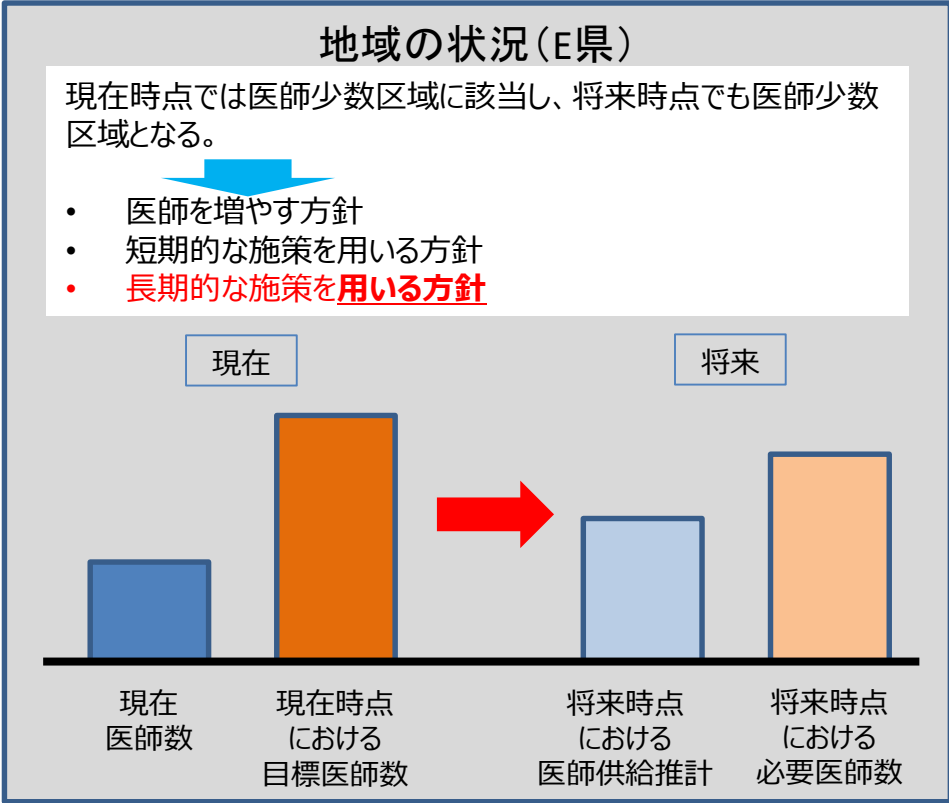
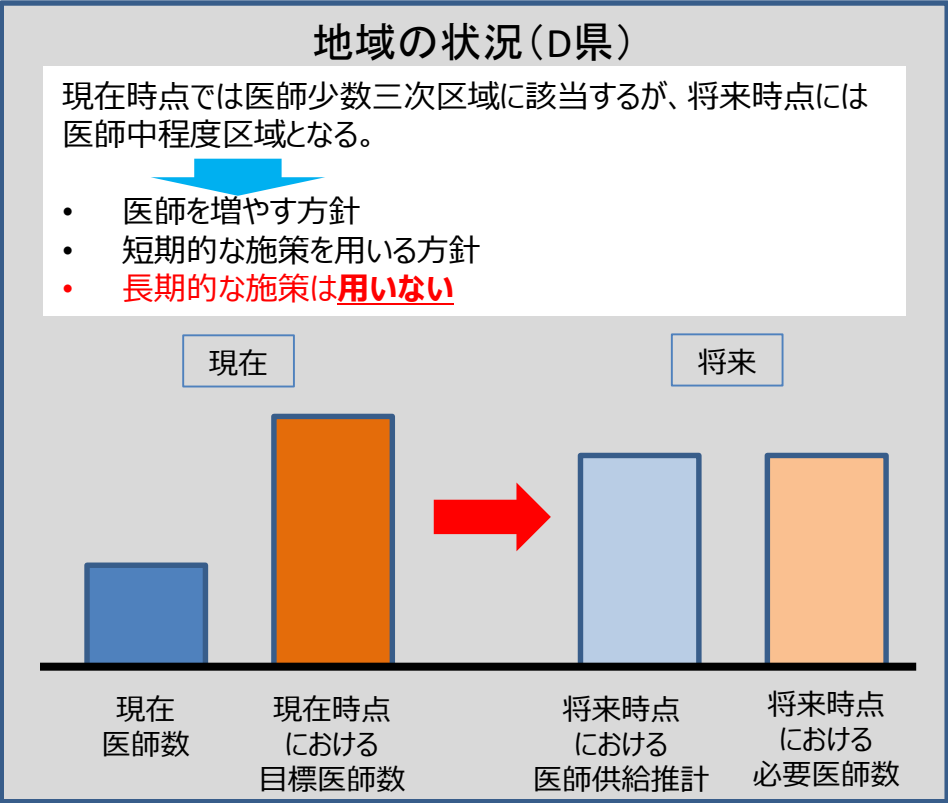


- 二次医療圏外からの医師の確保 (まとめ)

	医師少数区域	医師中程度区域	医師多数区域
	可能	必要に応じて可能	不可

現在時点と将来時点のそれぞれにおける医師の多寡の状況への対応（二次医療圏）（案）

- **現在時点**の医師数の多寡の状況に対しては、**短期的な施策**を用いて対応を行うこととしてはどうか。
- **将来時点**の医師数の多寡の状況に対しては、**短期的な施策と長期的な施策を組み合わせ**て対応を行うこととしてはどうか。



三次医療圏の医師の確保の方針

		現在時点	
		医師少数区域	医師多数／中程度区域
将来時点	医師少数区域	短期的な施策 長期的な施策	長期的な施策
	医師多数／中程度区域	短期的な施策	—

「医師の確保を特に図るべき区域」「その他厚生労働省令で定める区域」について

- 医師少数区域以外の医師の確保を特に図るべき区域を、「**医師少数地区**」と呼ぶこととする。
※ 医師が少ない地区があったとしても、地域の医療提供体制の状況を勘案して「医師少数地区」を定めないことも可能

- 医師確保対策は、二次医療圏ごとに設定された医師少数区域を基本としつつも、実際の対策の実施に当たっては、地域の医療ニーズに応じたきめ細かい対応を図るため、二次医療圏よりも小さい区域での柔軟な対策を可能とすることが適当である。

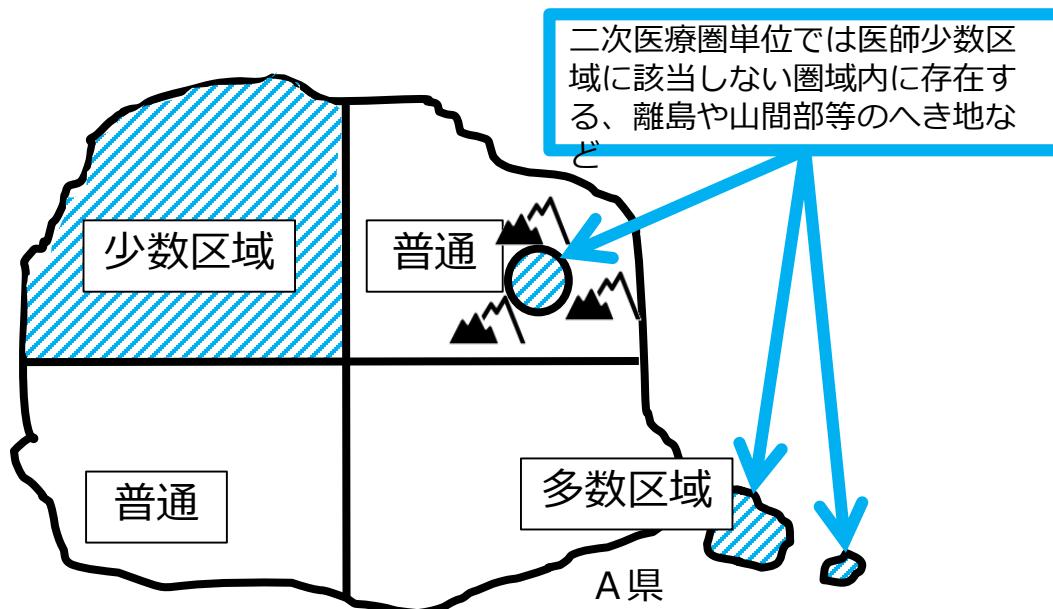
医療従事者の需給に関する検討会
第22回 医師需給分科会（平成30年9月28日）
資料3（抜粋・一部改変）

- このため、法律上、各種医師確保対策の対象として、「医師の確保を特に図るべき区域」という概念を設けている。

医師の確保を特に図るべき区域 = 医師少数区域 + その他厚生労働省令で定める区域（医師少数地区）

- 医師少数区域以外の医師の確保を特に図るべき区域（医師少数地区）については、二次医療圏よりも小さい区域とし、都道府県が地域の実情に応じて設定できるよう、都道府県内の医師少数区域以外の二次医療圏に存在する無医地区、準無医地区（へき地診療所を設置し、定義上、無医地区又は準無医地区ではなくなった地域も含む。）に加え、都道府県知事が厚生労働大臣に協議の上で定める地域としてはどうか。

「医師の確保を特に図るべき区域」のイメージ



・医療法（昭和23年法律第205号）（抄）（平成31年4月1日施行）

第十二条 （略）

2 （略）

- 一 **医師の確保を特に図るべき区域（第三十条の四第六項に規定する区域その他厚生労働省令で定める区域をいう。**以下同じ。）内に開設する診療所を管理しようとする場合
- 二～五 （略）

第三十条の二十三 （略）

2 前項の規定により地域医療対策協議会において協議を行う事項は、次に掲げる事項とする。

- 一 **医師の確保を特に図るべき区域**における医師の確保に資するとともに、**医師の確保を特に図るべき区域**に派遣される医師の能力の開発及び向上を図ることを目的とするものとして厚生労働省令で定める計画に関する事項
- 二 医師の派遣に関する事項
- 三 第一号に規定する計画に基づき**医師の確保を特に図るべき区域**に派遣された医師の能力の開発及び向上に関する継続的な援助に関する事項
- 四 **医師の確保を特に図るべき区域**に派遣された医師の負担の軽減のための措置に関する事項
- 五 **医師の確保を特に図るべき区域**における医師の確保のために大学と都道府県とが連携して行う文部科学省令・厚生労働省令で定める取組に関する事項
- 六 （略）
- 七 その他医療計画において定める医師の確保に関する事項

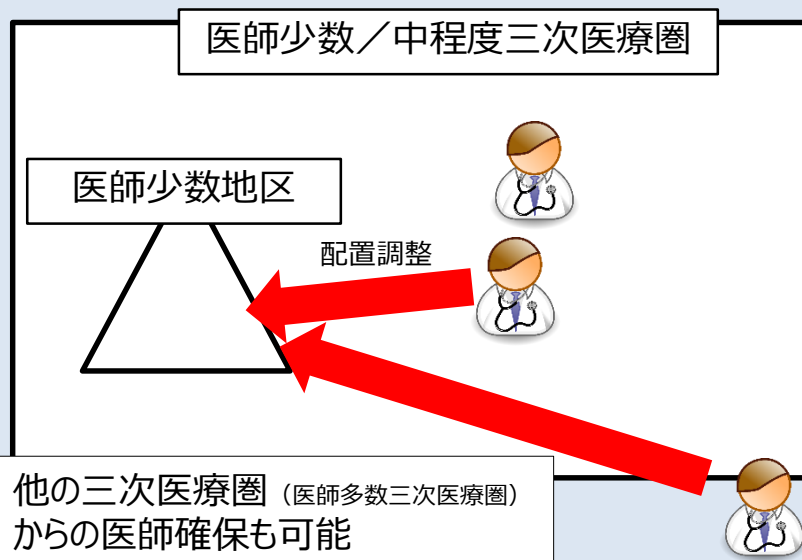
3・4 （略）

医師少数地区における医師の確保について

- 医師少数地区に関しては、現時点の医師少数区域と同様に、短期的な施策を中心に
 - ①医師多数三次医療圏内に存在する場合は、三次医療圏内での調整を行う
 - ②医師少数／中程度三次医療圏内に存在する場合は、三次医療圏外からも医師を確保することも可能としてはどうか。
- なお、医師少数地区における診療体制については、地域医療構想との整合性を図りつつ、移動診療等も適宜活用しながら偏在対策を進めることとしてはどうか。

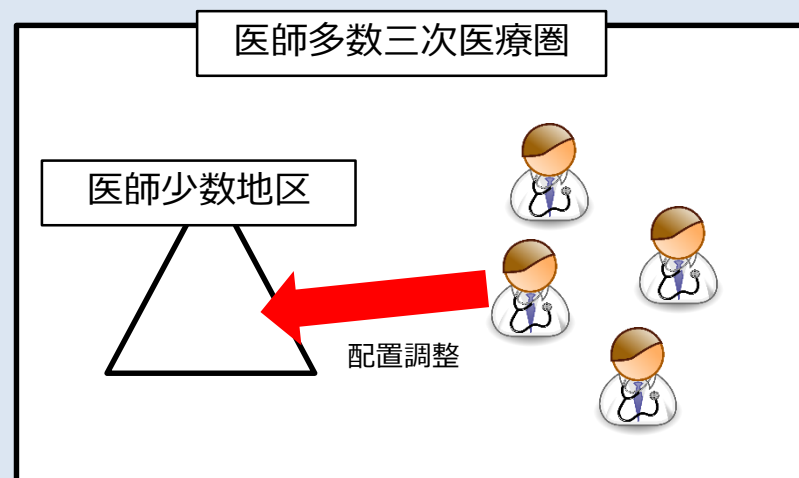
医師少数／中程度三次医療圏に 医師少数地区が存在する場合

三次医療圏内の調整で医師の確保を行うことが基本
三次医療圏外からの医師の確保も可能



医師多数三次医療圏に 医師少数地区が存在する場合

三次医療圏内の調整のみで医師の確保を行う方針とする



(参考) 二次医療圏の医師の確保の方針についての留意事項の例

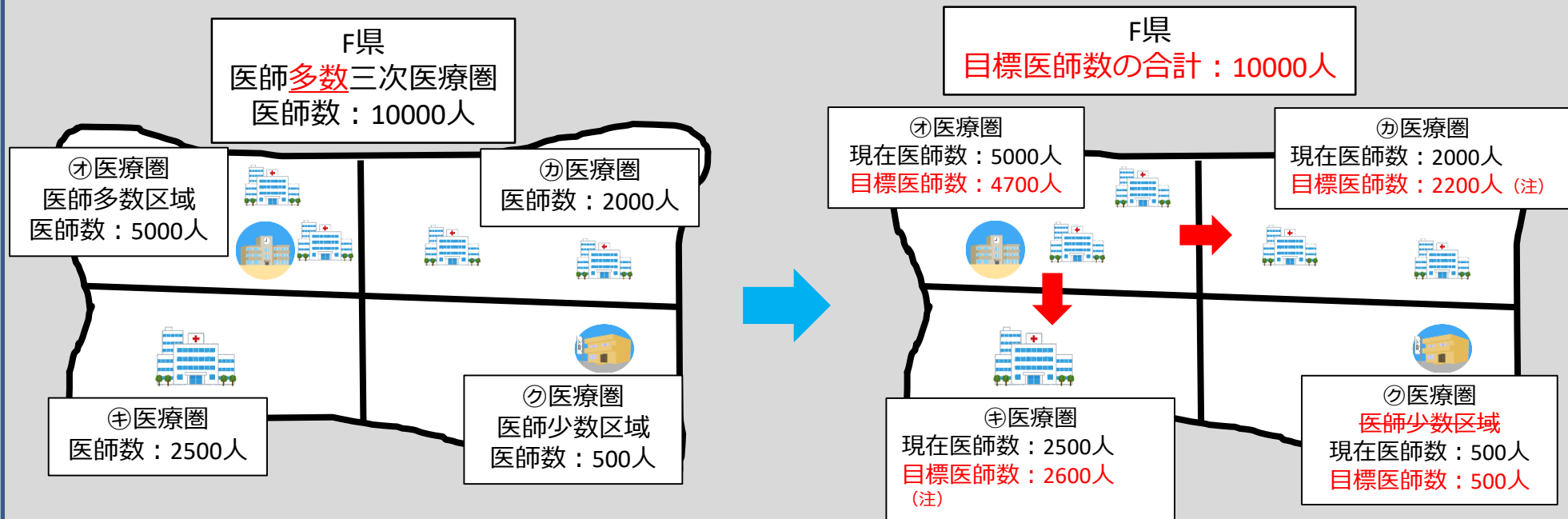
地域の状況 F県 医師多数三次医療圏



F県 知事

担っている医療機能を踏まえて、

- ・ ㊦医療圏と㊧医療圏は医師中程度区域だが、医療機能を集約しており医師を増やす必要がある。
- ・ ㊨医療圏は医師少数区域に該当するが、㊦医療圏等の状況も踏まえ、医師少数区域には指定しない。



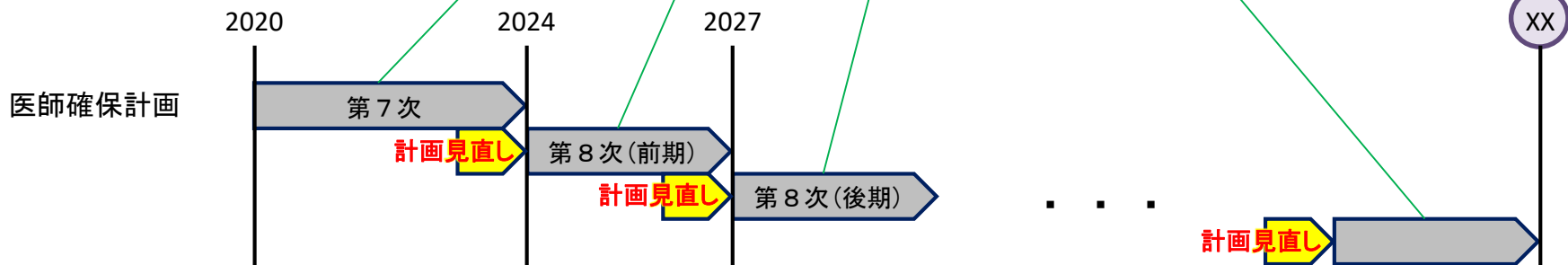
(注)㊦医療圏、㊩医療圏は医師少数区域に指定されていないが、目標医師数を現在医師数よりも多く設定することができる。

目標医師数の設定

医師確保計画を通じた医師偏在の解消

①

三次医療圏間、二次医療圏間の医師偏在の喫緊の課題について、
医師確保計画の各計画期間ごとに効果検証・課題把握と対応策の立案を行い、
早期に効果を発揮する医師偏在対策（短期的な対策）により偏在を是正



②

地域枠・地元出身者枠設定の政策効果が一定程度蓄積したXX年時点で、各都道府県における医師の需要と供給の均衡を達成する

医師確保計画に基づく
地域枠・地元出身者枠
の設定

地域枠・地元出身者枠
設定開始
2022

地域枠・地元出身者枠
設定の政策効果開始
2028

第7次計画分

第8次(前期)計画分

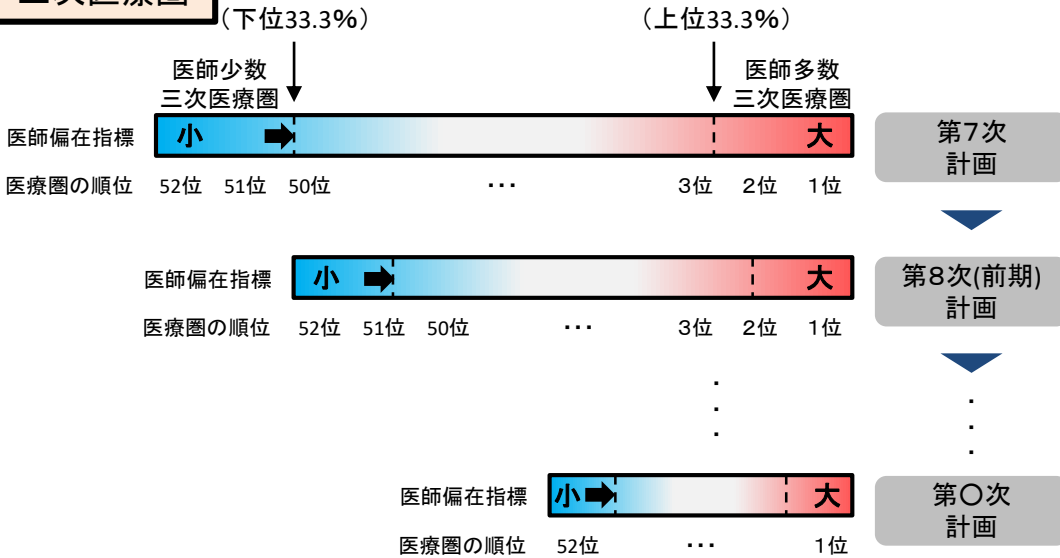
地域枠・地元出身者枠設定の
政策効果が蓄積

※医師需給の均衡を達成した後の医師需要も
踏まえた地域枠・地元出身者枠の設定を行う

目標医師数の基本的な考え方(案)

- 目標医師数を次のように設定することとしてはどうか。

三次医療圏

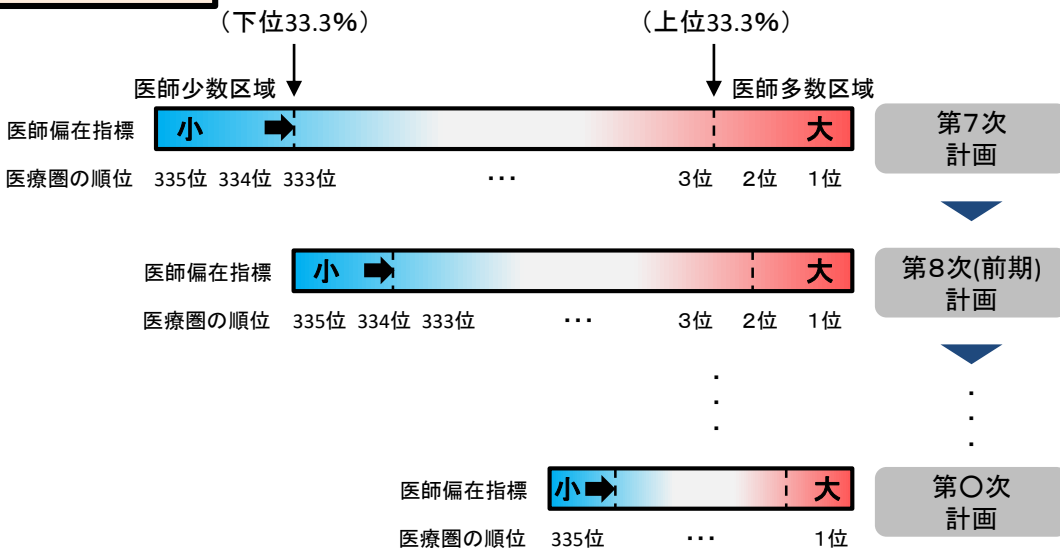


計画終了時点の医師偏在指標の値が、計画開始時点の医師少数三次医療圏の基準値(下位33.3%)に達することとなる医師数を目標医師数に設定

- 計画開始時点で基準値を下回る三次医療圏 : 医師確保が必要
- 計画開始時点で基準値を上回る三次医療圏 : 目標を達成済

複数の計画期間を通じて、段階的に偏在の解消を図る

二次医療圏



医師少数区域 :

計画終了時点の医師偏在指標の値が、計画開始時点の医師少数区域の基準値(下位33.3%)に達することとなる医師数を目標医師数に設定

その他の区域 : 都道府県が独自に目標を設定

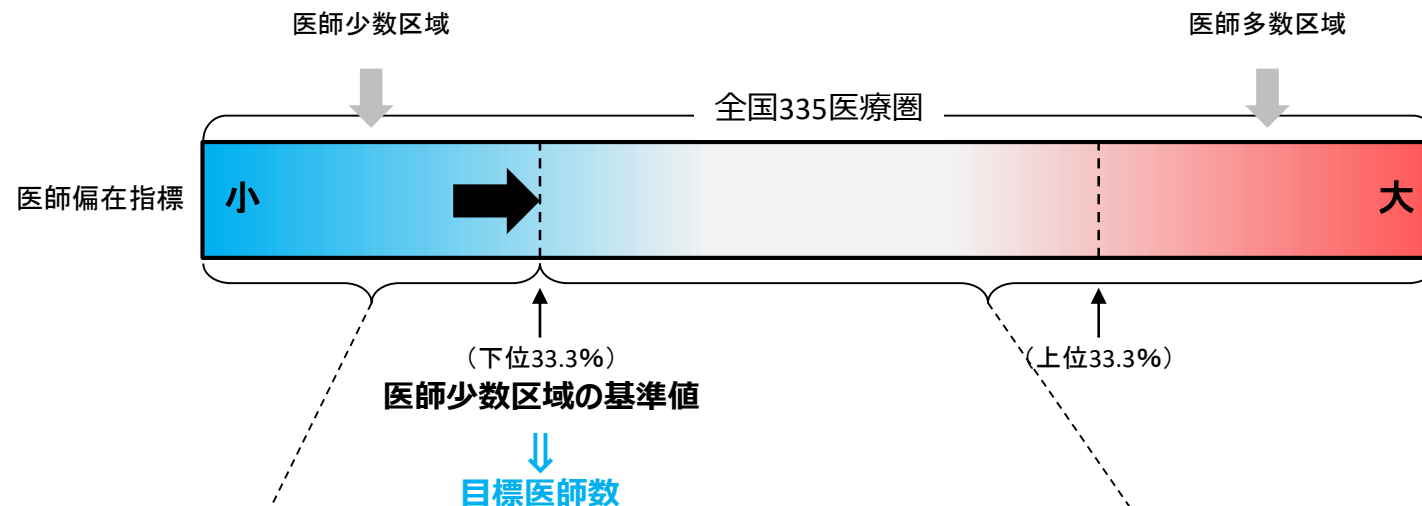
(国が、参考値として医師偏在指標が全国平均値と等しい値になる医師数を提示)

複数の計画期間を通じて、段階的に偏在の解消を図る

二次医療圏の目標医師数の設定イメージ

- 医師少数区域については、計画終了時点の医師偏在指標の値が、計画開始時点の医師少数区域の基準値（下位33.3%）に達することとなる医師数を目標医師数に設定することとしてはどうか。
- その他の区域については、都道府県が独自に目標を設定することとしてはどうか。
（国が、参考値として医師偏在指標が全国平均値と等しい値になる医師数を提示してはどうか。）

二次医療圏の目標医師数の設定イメージ



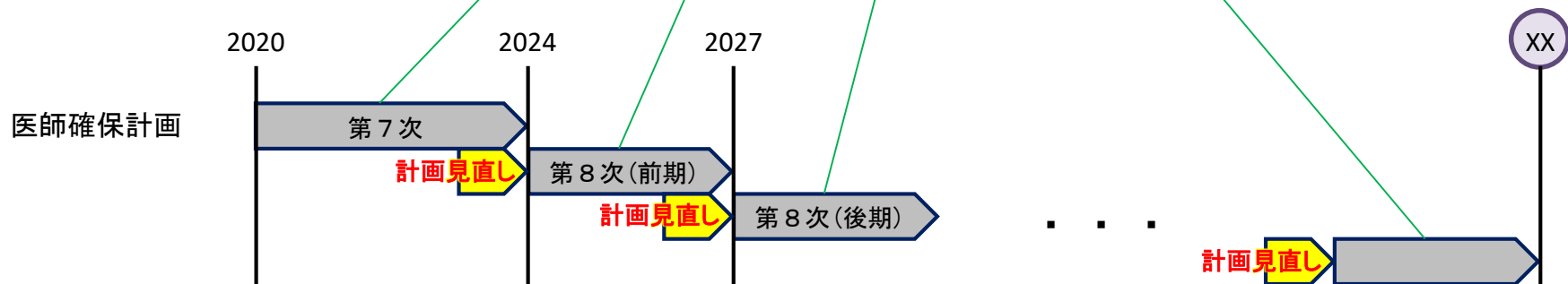
計画終了時点の医師偏在指標の値が、計画開始時点の医師少数区域の基準値に達することとなる医師数を目標医師数に設定

都道府県が独自に目標医師数を設定
（国が、参考値として医師偏在指標が全国平均値と等しい値になる医師数を提示）

医師確保計画を通じた医師偏在の解消

①

三次医療圏間、二次医療圏間の医師偏在の喫緊の課題について、
医師確保計画の各計画期間ごとに効果検証・課題把握と対応策の立案を行い、
早期に効果を発揮する医師偏在対策(短期的な対策)により偏在を是正



②

地域枠・地元出身者枠設定の政策効果が一定程度蓄積したXX年時点で、各都道府県における医師の需要と供給の均衡を達成する

医師確保計画に基づく
地域枠・地元出身者枠
の設定

地域枠・地元出身者枠
設定開始
2022

地域枠・地元出身者枠
設定の政策効果開始
2028

第7次計画分

第8次(前期)計画分

地域枠・地元出身者枠設定の
政策効果が蓄積

※医師需給の均衡を達成した後の医師需要も
踏まえた地域枠・地元出身者枠の設定を行う

論点

- 将来時点における必要医師数をどのように設定するか。
 - 医師需給分科会第三次とりまとめにおける、将来時点において全国の医師数が全国の医師需要に一致する場合の医師偏在指標の値（全国値）を算出し、地域ごとに、将来時点の医師偏在指標が全国値と等しい値になる医師数を必要医師数としてはどうか。
 - 都道府県知事は、将来時点における必要医師数と、各地域の医師供給推計とのギャップを解消するために医師確保対策を講じることとしてはどうか。

○ 医師需給は、労働時間を週60時間程度に制限する等の仮定をおく「需要ケース2」において、平成32年度医学部入学者が臨床研修を修了すると想定される2028年（平成40年）頃に均衡すると推計される。

・供給推計 今後の医学部定員を平成30年度の9,419人として推計。

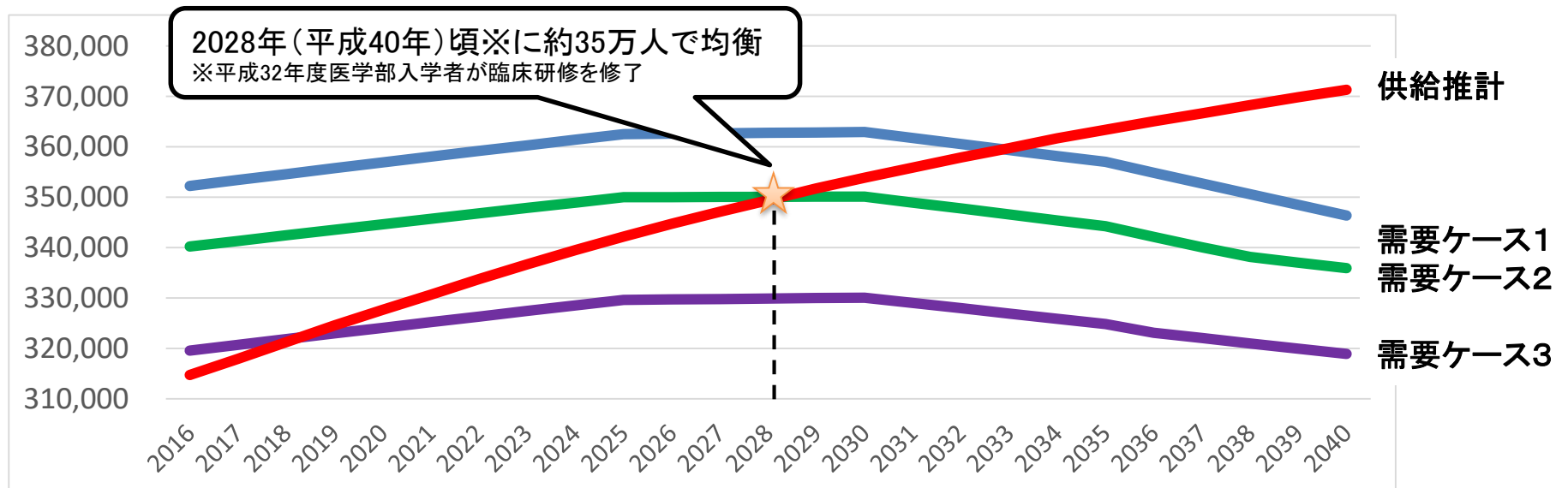
※1 勤務時間を考慮して、全体の平均勤務時間と性年齢階級別の勤務時間の比を仕事率とした

・需要推計 分科会において了承の得られた仮定に基づき、以下の通り、一定の幅を持って推計を行った。

- ・ケース1（労働時間を週55時間に制限等≡月平均60時間の時間外・休日労働に相当）
- ・ケース2（労働時間を週60時間に制限等≡月平均80時間の時間外・休日労働に相当）
- ・ケース3（労働時間を週80時間に制限等≡月平均160時間の時間外・休日労働に相当）

※2 医師の働き方改革等を踏まえた需要の変化についても、一定の幅を持って推計を行った

（人）

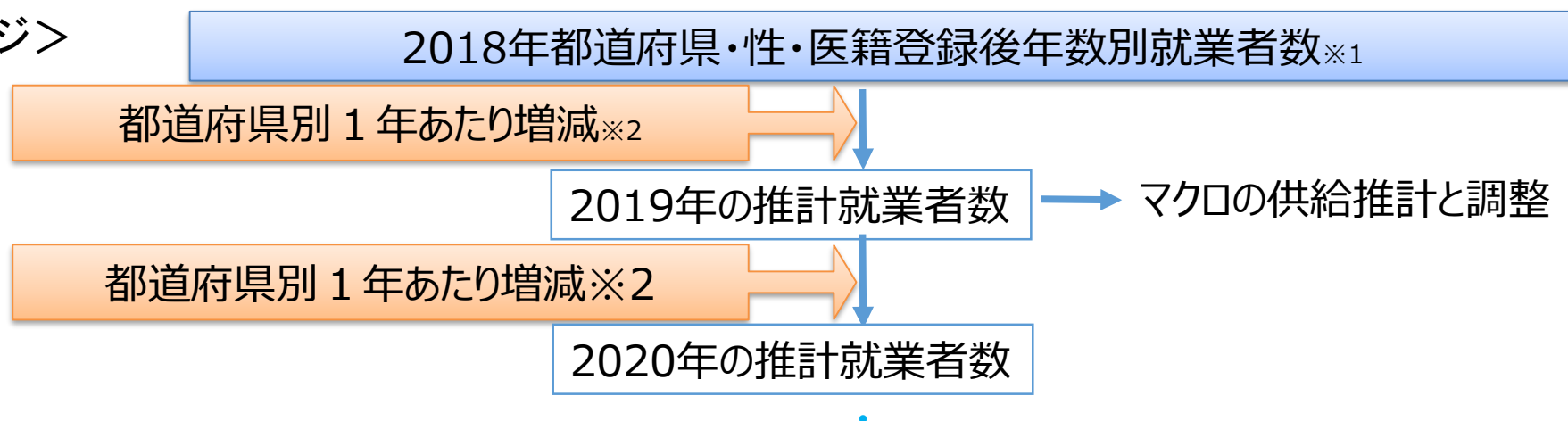


医師供給推計について

論点

- 都道府県別の供給推計については、各都道府県の性・医籍登録後年数別の就業者の増減が、将来も継続するものとして推計をすることとしつつ、都道府県別の供給推計が、マクロの供給推計と整合するよう必要な調整を行うことを基本的な考え方としてはどうか。
- 都道府県別の就業者の増減は、医師の流出入の変化により大きな影響を受けると考えられ、不確実性があることから、複数回の調査を用いた実績ベースの値を用いて、幅を持って推計してはどうか。
- 以上の考え方をベースとしつつ、地域枠の設置を要件とした臨時定員部分等の医師の推計については、別途区別して推計を行うこととしてはどうか。

<イメージ>



※1 足元の就業者については、医師・歯科医師・薬剤師調査（以下「三師調査」という。）の実績値を用いることとし、医籍登録後1年目の就業者については、※2の都道府県別の増減に用いる期間における平均値を用いてはどうか。

※2 増減については、「三師調査」が2年間隔であることから、1年あたりの増減は2年あたりの増減の2分の1であると仮定することとしてはどうか。

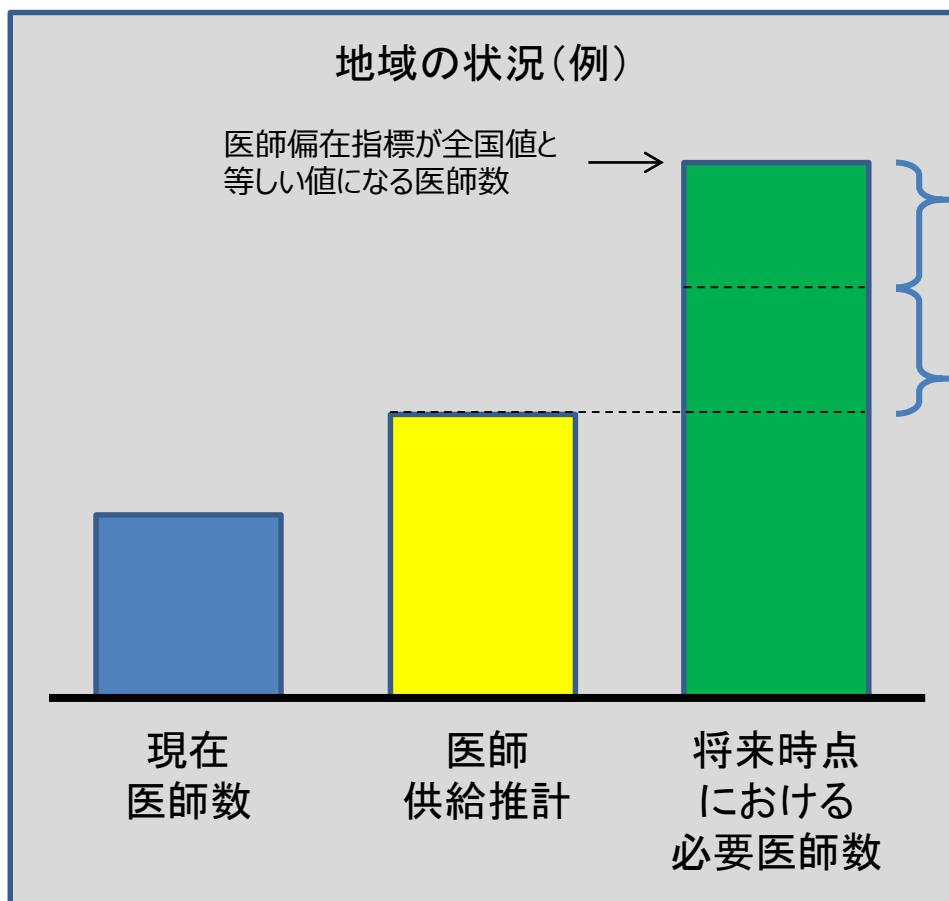
※3 二次医療圏ごとの供給推計については、母集団が小さく、同様の考え方で直接推計することは困難であるため、現時点の各都道府県内に占める医師数のシェアが、将来時点においても、同様であると仮定して推計することとしてはどうか。

将来時点における必要医師数を達成するための対策について

論点

- 地域ごとの将来時点における必要医師数と、医師供給推計とのギャップを解消するために、どのような対策が考えられるか。

地域ごとの将来時点における必要医師数を達成するための対策のイメージ



将来時点における必要医師数と医師供給推計のギャップのうち、一定程度は、医師派遣や定着促進などの養成以外の施策で対応する。

将来時点における必要医師数と医師供給推計のギャップのうち、一定程度は、大学医学部に対する地域枠・地元出身者枠の増員等の要請により対応する。

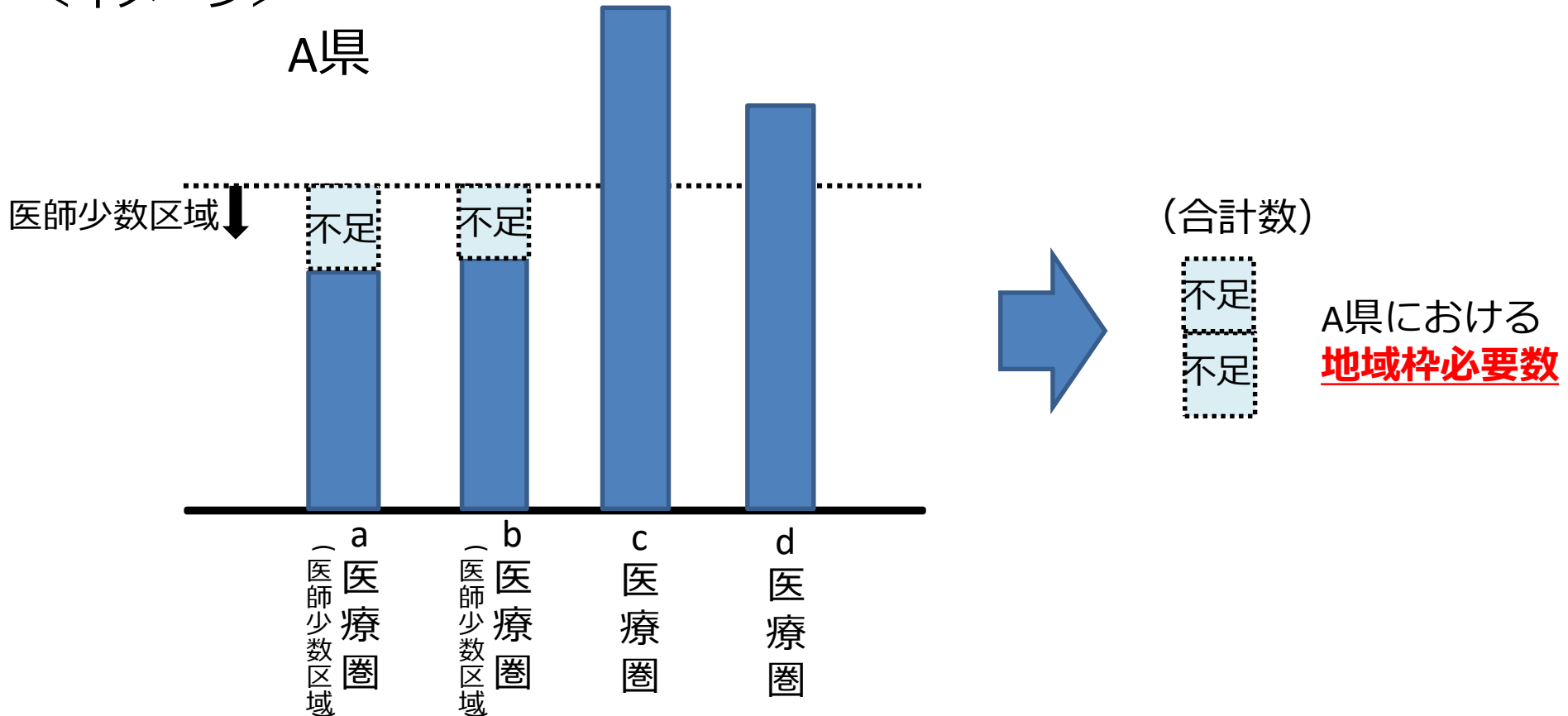
具体的な施策

地域枠・地元出身者枠の設定

対応(案)

- 地域枠の機能を踏まえると、都道府県知事から大学に対して、地域枠の創設又は増加を要請できる場合については、当該都道府県内に医師少数区域がある場合とし、当該医師少数区域における医師不足分の合計数を必要な地域枠数として、地域医療対策協議会の協議を経た上で、要請できることとしてはどうか。

<イメージ>

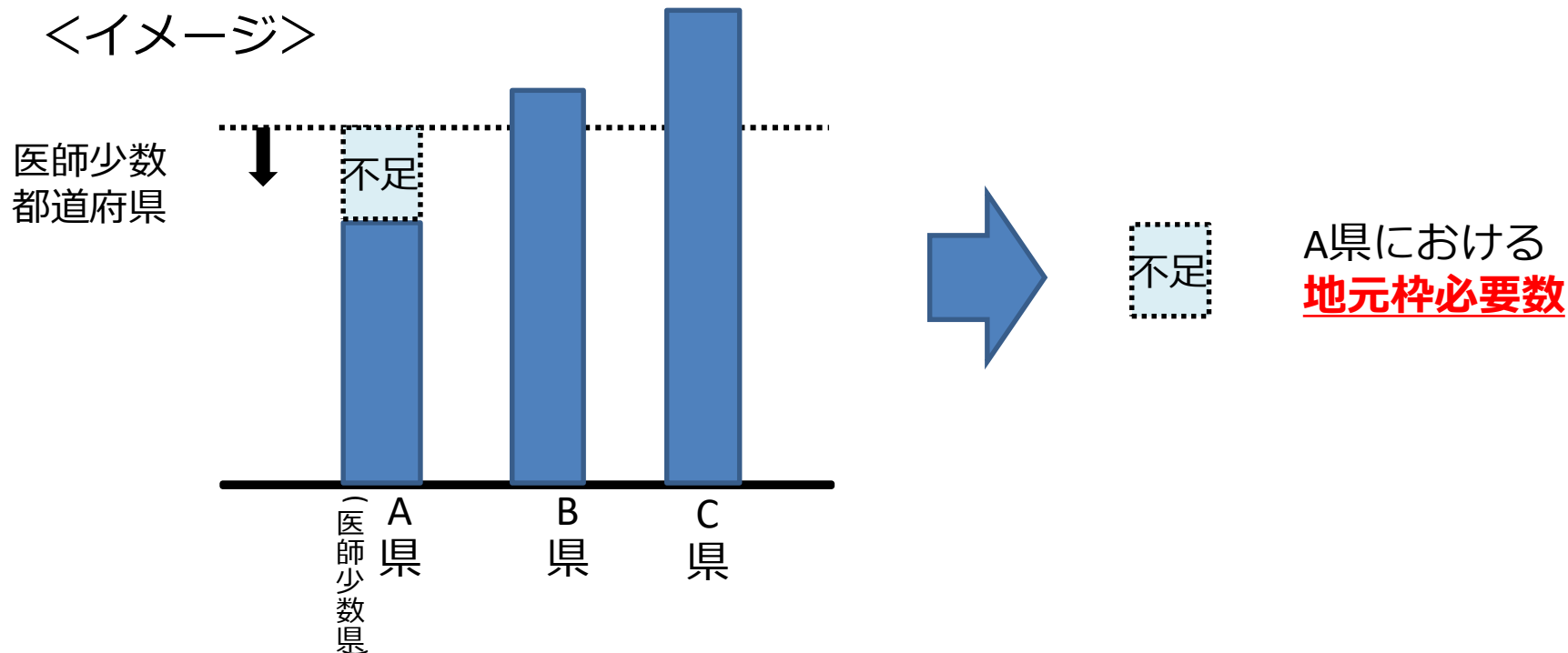


地元出身者枠の創設又は増加の要請について(案)

対応(案)

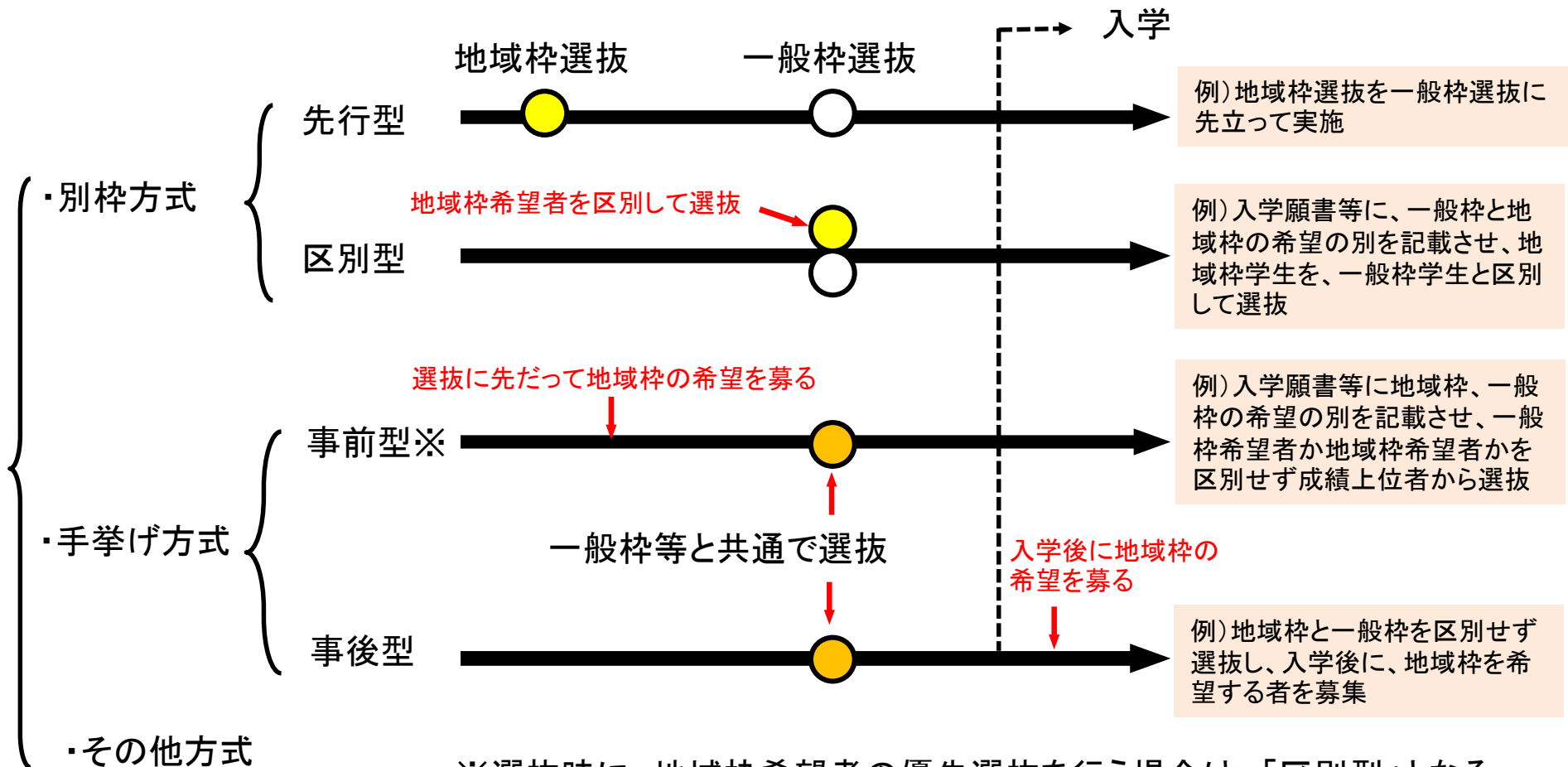
- 地元出身者枠の機能を踏まえると、都道府県知事から大学に対して、地元出身者枠の創設又は増加を要請できる場合については、当該都道府県が医師少数都道府県である場合とし、当該医師少数都道府県における医師不足分を必要な**地元出身者枠数**として、地域医療対策協議会の協議を経た上で、当該都道府県内の大学に要請できることとしてはどうか。
- なお、上記地元出身者枠数のみでは、医師不足分を満たすことができない場合については、地域医療対策協議会の協議を経た上で、県内の大学の地域枠設置を要件とした臨時定員の増員及び医師多数都道府県の大学の県またぎ地域枠の創設又は増加を要請できることとしてはどうか。

<イメージ>



地域枠学生選抜方法の類型

- ✓ 地域枠学生の選抜方法については、一般枠と別枠の募集定員を設ける「別枠方式」と、一般枠等と共通で選抜し、事前又は事後に地域枠学生を募集する「手挙げ方式」とに大別される。
- ✓ さらに、別枠方式については、一般枠に先行して選抜する「先行型」、一般枠と同時に選抜するものの、地域枠希望者を一般枠等とは区別して選抜する「区別型」、手挙げ方式については、選抜に先だって地域枠の希望を募る「事前型」、入学後に地域枠の希望を募る「事後型」がある。



調査の結果（地域枠設置の状況）

- 都道府県別、大学別の臨時定員と組み合わせた地域枠、それ以外の地域枠の設置状況※については、以下の通り。
- それぞれ、県内の特定の地域又は地域と診療科の両方における診療義務がある。

	H30募集数	プログラム数
臨時定員に係る地域枠	1014 (うち臨時定員903)	116
上記以外の地域枠	165	17
全体	1179	133

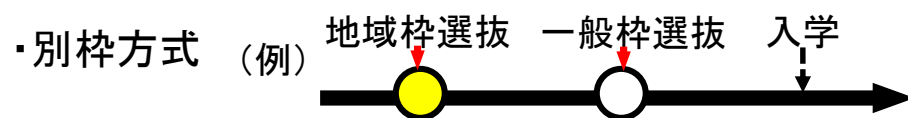
選抜方法	H30募集数	プログラム数
別枠方式(先行型)	365	40
別枠方式(区別型)	323	36
手挙げ方式(事前型)	156	25
手挙げ方式(事後型)	305	30
その他の方式	30	2
全体	1179	133

診療義務	H30 募集数
特定の地域	966
(特定の診療科)	213
全体	1179

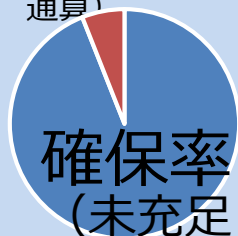
調査の結果（臨時定員関係）

- 臨時定員関連の地域枠についても、別枠方式の場合、募集数の95%に奨学金貸与実績があるのに対し、手挙げ方式だと69%しか貸与実績がない。
- 離脱の状況についても、別枠方式の場合、94%が義務履行すると推定されるのに対し、手挙げ方式だと84%しか義務履行されないと推定される。

臨時定員関係	募集数	貸与実績	貸与実績%	離脱者数	人年	離脱率(人年%)	義務年限終了までの推定義務履行率%
別枠方式(先行型)	3,012	2,912	97%	56	15,048	0.37%	95%
別枠方式(区別型)	2,364	2,173	92%	44	10,487	0.42%	94%
別枠方式(合計)	5,376	5,085	95%	100	25,535	0.39%	94%
手挙げ方式(事前型)	891	667	75%	46	3,226	1.43%	81%
手挙げ方式(事後型)	2,689	1,811	67%	106	9,523	1.11%	85%
手挙げ方式(合計)	3,580	2,478	69%	152	12,749	1.19%	84%

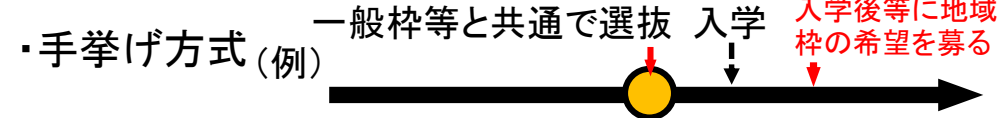


貸与実績/募集数=5085/5376 (平成20～30年度通算)

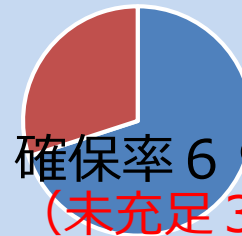


確保率95%
(未充足5%)

更に 卒後9年後の推定離脱率6%
(年間離脱率0.39%、通算離脱者数100人)



貸与実績/募集数=2478/3580 (平成20～30年度通算)



確保率69%
(未充足31%)

更に 卒後9年後の推定離脱率16%
(年間離脱率1.19%、通算離脱者数152人)

調査の結果（別枠方式・地元出身者限定の有無）

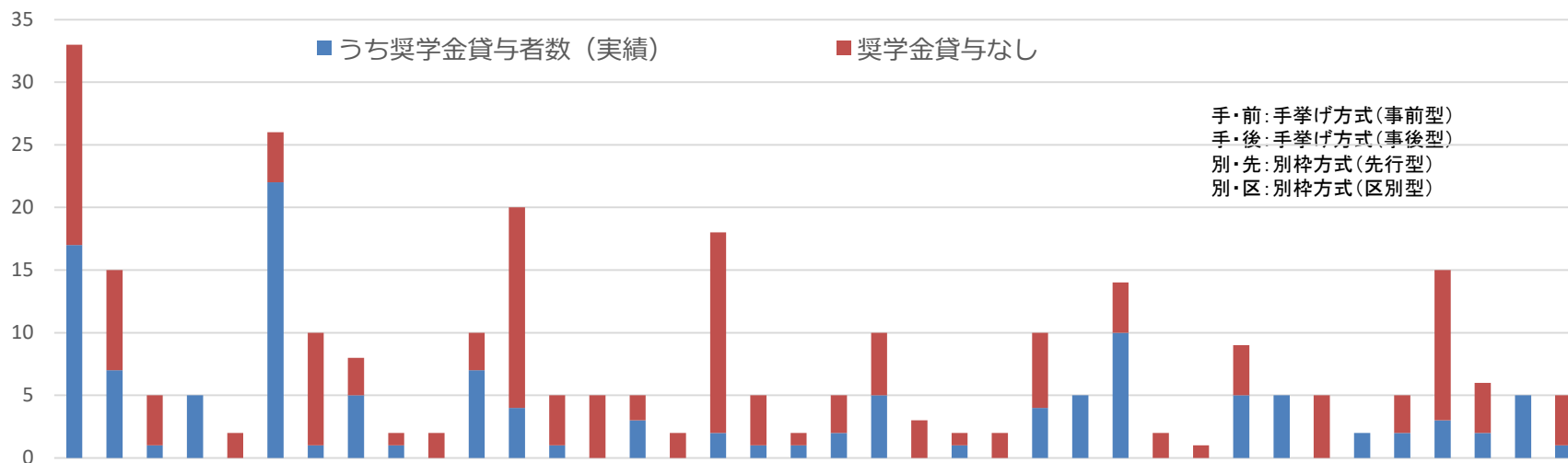
- 臨時定員関係の地域枠について、別枠方式の地域枠を地元出身者限定の有無別に集計すると、地元限定ありの地域枠の方が奨学金貸与実績・離脱率ともに成績が良いが、地元限定でなくても、別枠方式（先行型）については、医師偏在対策として同等程度の効果があると考えられる。
- また、別枠方式（区別型）についても、手挙げ方式に比べると、比較的良好な効果があると考えられる。

	臨時定員関係	募集数	貸与実績	貸与実績%	離脱者数	人年	離脱率（人年%）	義務年限終了までの推定義務履行率%
地元限定あり	別枠方式（先行型）	2122	2052	97%	32	10426	0.31%	95%
	別枠方式（区別型）	1473	1366	93%	18	6766	0.27%	96%
	別枠方式計	3595	3418	95%	50	17192	0.29%	96%
地元限定なし	別枠方式（先行型）	890	860	97%	24	4622	0.52%	92%
	別枠方式（区別型）	891	807	91%	26	3721	0.70%	90%
	別枠方式計	1781	1667	94%	50	8343	0.60%	91%

調査の結果(選抜枠による充足・離脱の状況)

- 平成30年の臨時定員の増員と関連する地域枠についても、貸与実績が悪いプログラムが多くあり、地域枠が充足していない状況がある。

※充足率が8割未満の同じ都道府県・大学のプログラムを抽出



都道府県	宮城県	山形県				福島県	茨城県				栃木県	千葉県		神奈川県		山梨県	長野県	静岡県			滋賀県	大阪府	兵庫県	奈良県	和歌山県	鳥取県	広島県	山口県	香川県	福岡県	佐賀県	長崎県	長崎県	熊本県				
大 学	東北大学	山形大学				帝京大学	筑波大学		東京医科大学	杏林大学	北里大学	獨協医科大学	千葉大学	帝京大学	北里大学	東海大学	北里大学	信州大学	近畿大学	帝京大学	順天堂大学	滋賀医科大学	近畿大学	岡山大学	近畿大学	近畿大学	鳥取大学	岡山大学	鳥取大学	香川大学	久留米大学	佐賀大学	長崎大学	川崎医科大学	熊本大学			
区 分	手・後	手・後	手・後	手・後	別・先	別・区	別・区	別・区	別・区	手・前	別・区	手・後	手・前	手・後	手・後	手・前	手・後	手・前	手・前	別・区	手・前	手・前	別・先	手・前	手・前	別・先	手・前	別・区	別・区	手・前	手・前	別・先	別・区	別・先	手・後			
当該プログラム募集定員数	33	15	5	5	2	26	10	8	2	2	10	20	5	5	5	2	18	5	2	5	10	3	2	2	10	5	14	2	1	9	5	5	2	5	15	6	5	5
うち奨学金貸与者数(実績)	17	7	1	5	0	22	1	5	1	0	7	4	1	0	3	0	2	1	1	2	5	0	1	0	4	5	10	0	0	5	5	0	2	2	3	2	5	1
充足率	52%	47%	20%	100%	0%	85%	10%	63%	50%	0%	70%	20%	20%	0%	60%	0%	11%	20%	50%	40%	50%	0%	50%	0%	40%	100%	71%	0%	0%	56%	100%	0%	100%	40%	20%	33%	20%	
		52%	64%	0%		79%	71%					57%	60%																									
臨時定員	28	15				2	36	5	2	2	10	15	5	5	5	2	15	5	2	5	10	3	2	2	10	17	2	1	14	5	7	15	6	10				

地域枠の選抜方式等について（案）

論点・課題（案）

- 地域枠の確保率、離脱率の状況を踏まえると、手上げ方式の地域枠は、最終的に義務を全うする人数が設定枠数の7割程度であると推定される。一方、別枠方式による選抜であれば、9割程度が最終的に義務を全うすると推定される。
- 加えて、各都道府県・医療圏における特定の地域における診療義務を果たす以上、事実上、診療領域を完全に自由に選択することは難しく、地域枠の趣旨にも合致しないのではないか。



対応（案）

- 都道府県知事は、地域枠の学生・医師を確実に確保することができるよう、地域医療対策協議会の協議を経た上で、原則、大学に対して、特定の地域における診療義務のある別枠方式による地域枠を要請することとしてはどうか。
- また、この要請を受けて設置された地域枠について、実際に特定の地域等において診療義務を果たす場合には、診療領域についても、一定の制限が課されることについて、地域枠の選抜の際に明示しておくこととしてはどうか。

地域の医師確保の観点からの平成32年度以降の大学医学部の 入学者の選抜方法について（通知） （医政発1025第8号 平成30年10月25日）

「新成長戦略」（平成22年6月18日閣議決定）等を踏まえ、地域の医師確保等に早急に対応するため、大学医学部の入学定員の増加が認められてきた。

しかしながら、このうち地域の医師確保のための増員（以下単に「増員」という。）について、複数の大学において、増員分の入学者の選抜方法として、入学前に増員の趣旨を説明することなくその他の定員と区別せずに選抜を行い、入学後に事後的に増員分に該当することとなる学生の希望を募る等、増員の趣旨に沿った学生を確実に確保することが困難な方法が採られており、この結果、増員分の入学者を確保できず、その他の定員として用いているという不適切な運用の実態が、厚生労働省の調査により判明したところである。

さらに、同調査において、こうした方法により選抜された学生は、募集要項に増員の趣旨を明記した上で、その他の定員と区別して選抜する選抜方法（以下「別枠方式」という。）と比較して、卒業後に地域に定着する割合が低いことも明らかとなった。

大学、大学院、短期大学及び高等専門学校を設置等に係る認可の基準（平成15年文部科学省告示第45号）第3条第1項第1号において、増員については都道府県が作成する医療に関する計画にあらかじめ記載することとされ、都道府県における計画的な医師偏在対策に活用されるものと位置付けられていることを踏まえれば、地域間の医師偏在が今なお解消に至っていない中、平成32年度以降の増員分の選抜に当たっては、別枠方式により増員の趣旨に沿った学生を確実に確保することが適当であると考えられる。

このため、平成32年度以降の増員に関し、下記のとおり取り扱うこととしたので、貴職におかれては、内容について十分御了知の上、医療計画の見直し等、必要な対応に遺漏なきようお願いする。

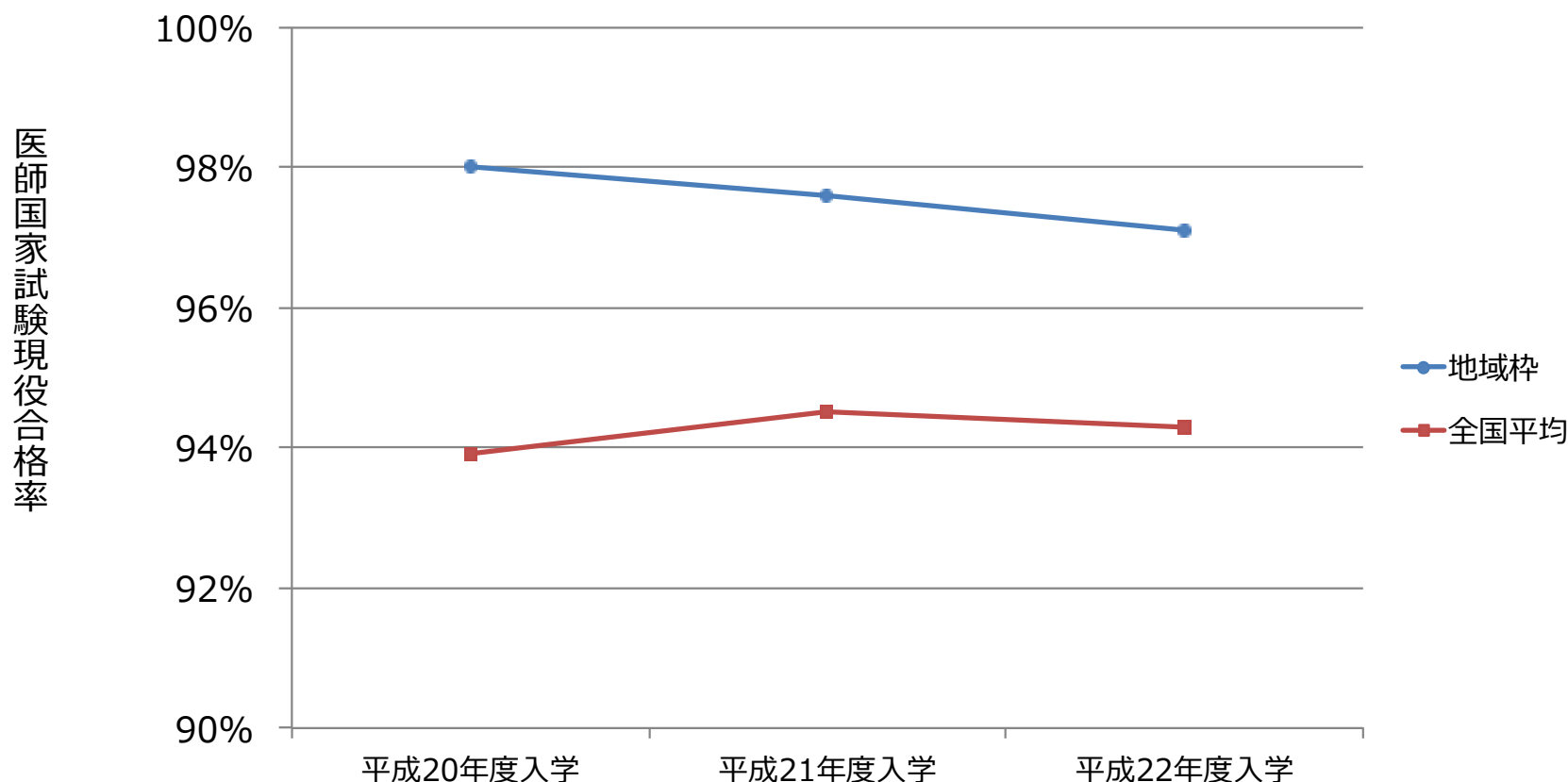
記

- 1 大学、大学院、短期大学及び高等専門学校を設置等に係る認可の基準第3条第1項第1号に規定する大学の医学部に係る入学定員等の増加については、医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4の医療計画にその人数を記載すること。
- 2 大学、大学院、短期大学及び高等専門学校を設置等に係る認可の基準第3条第1項第1号に規定する修学資金の財源として地域医療介護総合確保基金を活用することは、1に加え、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第64号）第4条第1項の都道府県計画に対応する人数を記載する場合にのみ認められるものであること。
- 3 1及び2の人数については、当該人数分の学生を別枠方式により選抜すること及び、募集要項に別枠方式により選抜された学生については卒業後にキャリア形成プログラムの対象となることを明記することについて、あらかじめ都道府県が各大学と書面により合意したものに限り、記載することができるものとする。

地域枠の医師国家試験現役合格率

○ 平成20～22年度医学部入学生の医師国家試験現役合格率については、地域枠学生は全国平均と比べ、
 遜色はない。

※平成20年度入学生は平成26年3月、平成21年度入学生は平成27年3月、平成22年度入学生は平成28年3月に卒業見込み。



地域枠	98.0%	97.6%	97.1%
全国平均	93.9%	94.5%	94.3%

地域枠医師等の派遣調整

地域医療支援センター運営事業

平成26年度以降、地域医療介護総合確保基金を活用して実施

地域医療支援センターの目的と体制

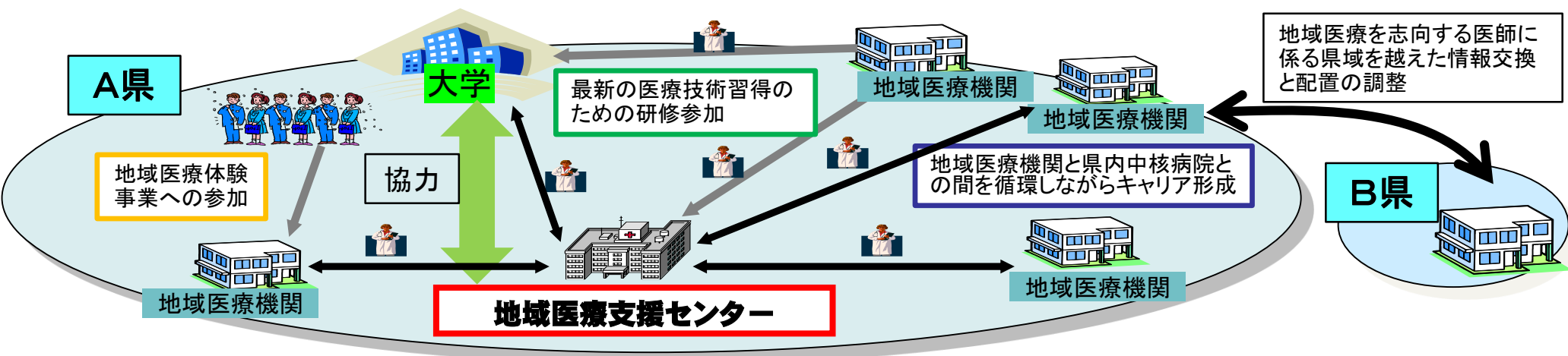
医師の地域偏在（都市部への医師の集中）の背景

➤ 高度・専門医療への志向、都市部の病院に戻れなくなるのではないかという将来への不安 等

- 都道府県が責任を持って医師の地域偏在の解消に取り組むコントロールタワーの確立。
- 地域枠医師や地域医療支援センター自らが確保した医師などを活用しながら、キャリア形成支援と一体的に、地域の医師不足病院の医師確保を支援。
- 専任の実働部隊として、喫緊の課題である医師の地域偏在解消に取り組む。

・ 人員体制：専任医師2名、専従事務職員3名

・ 設置場所：都道府県庁、〇〇大学病院、都道府県立病院 等



地域医療支援センターの役割

- 都道府県内の医師不足の状況を個々の病院レベルで分析し、優先的に支援すべき医療機関を判断。医師のキャリア形成上の不安を解消しながら、大学などの関係者と地域医療対策協議会などにおいて調整の上、地域の医師不足病院の医師確保を支援。
- 医師を受入れる医療機関に対し、医師が意欲を持って着任可能な環境作りを指導・支援。また、公的補助金決定にも参画。

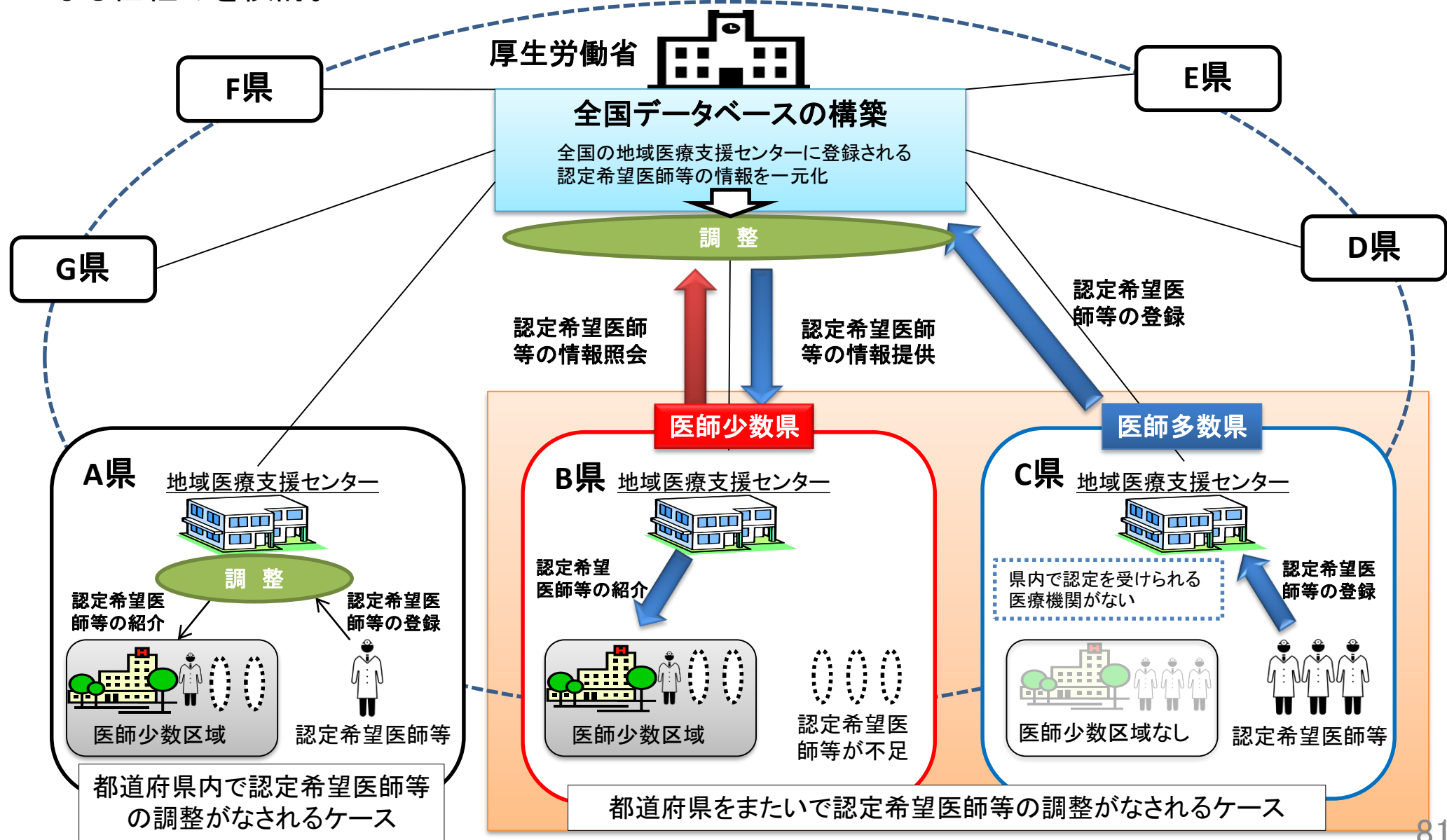
運営委員会

- 地域の医療関係者が参画しセンターの運営方針等を検討する場
- 構成
大学、関係医療機関、医師会、市町村、保健所等の代表者等

- 平成28年4月現在、すべての都道府県に地域医療支援センターが設置されている。
(設置場所: 都道府県庁(21都道府県)、大学病院(9県)、都道府県庁及び大学病院(13県)、その他(4府県)(平成28年7月時点))
- 平成23年度以降、都道府県合計4,530名の医師を各都道府県内の医療機関へあつせん・派遣をするなどの実績を上げている。(平成28年7月時点)

全国的な医師調整のイメージ

- 新たな認定制度が創設されることを踏まえ、厚生労働省において、全国的な医師調整が可能となる仕組みを検討。



地域の医師確保を目的とした都道府県地域枠（概要）

○【地域枠】（平成22年度より都道府県の地域医療再生計画等に位置付けた医学部定員増）

- 〈1〉大学医学部が設定する「地域医療等に従事する明確な意思をもった学生の選抜枠」
- 〈2〉都道府県が設定する奨学金の受給が要件

※入試時に選抜枠を設定せず、入学後に学生を選抜する場合もあり

※学生の出身地にとらわれず、全国から募集する場合もあり

奨学金の例

※貸与額及び返還免除要件については、各都道府県がその実情に応じて、独自に設定。

1. 貸与額

○月額10～15万円

※入学金等や授業料など別途支給の場合あり

○**6年間で概ね1200万円前後**

※私立大学医学生等には、別途加算の場合あり

（参考）全学部平均の学生の生活費（授業料含む）は

国公立大学で約140万/年、私立大学で約200万/年

出典（独）日本学生支援機構 学生生活調査（平成20年度）

2. 返還免除要件

○医師免許取得後、下記のような条件で医師として**貸与期間の概ね1.5倍（9年間）**の期間従事した場合、**奨学金の返還が免除**される。

1. 都道府県内の特定の地域や医療機関（公的病院、民間病院、へき地診療所等）
2. 指定された特定の診療科（産婦人科・小児科等の医師不足診療科）
3. 返還の場合は、利息を支払う

3. 貸与実績

○地域医療介護総合確保基金等を活用した奨学金の**貸与見込者数2491人、貸与見込額約54億円**（平成28年度） 出典 厚生労働省調べ

医学教育（6年間）

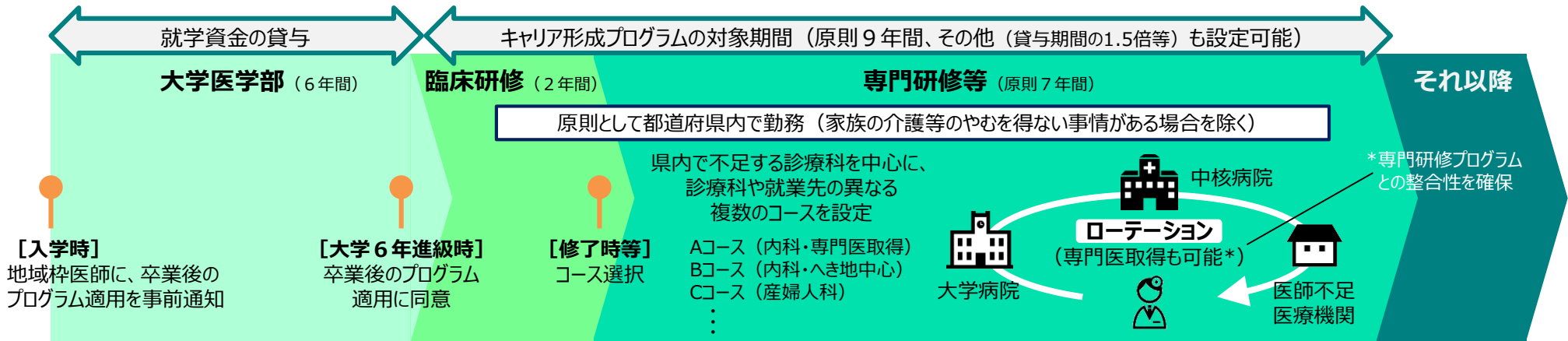
平成28年度以降、新たな医師として地域医療等へ貢献

キャリア形成プログラムについて

都道府県は、地域医療対策協議会において協議が調った事項に基づき、「医師不足地域における医師の確保」と「医師不足地域に派遣される医師の能力開発・向上の機会の確保」の両立を目的とするキャリア形成プログラムを策定することとされている。

※医療法及び医師法の一部を改正する法律（平成30年法律第79号）により地域医療支援事務として医療法に明記
キャリア形成プログラムの詳細については、医療法施行規則（省令）及びキャリア形成プログラム運用指針（通知）に規定

＜キャリア形成プログラムに基づくキャリア形成のイメージ＞



＜キャリア形成プログラムの対象者＞

- ・ 都道府県が修学資金を貸与した地域枠医師
- ・ それ以外の地域枠医師（任意適用）
- ・ 自治医科大学卒業医師（平成30年度入学者までは任意適用）
- ・ その他プログラムの適用を希望する医師

＜キャリア形成プログラムに基づく医師派遣＞

大学による医師派遣との整合性を確保するため、地域医療対策協議会で派遣計画案を協議
※地域医療構想における機能分化・連携の方針との整合性を確保する
※理由なく公立・公的医療機関に偏らないようにする

対象者の地域定着促進のための方策

＜対象者の納得感の向上と主体的なキャリア形成の支援＞

- ・ 都道府県は、学部生段階から地域医療や職業選択について考える機会を対象者に提供し、適切なコース選択を支援する
- ・ 都道府県は、対象者の希望に対応したプログラムとなるよう努め、診療科や就業先の異なる複数のコースを設定する
- ・ 都道府県は、コースの設定・見直しに当たって、対象者からの意見を聴き、その内容を公表し反映するよう努める
- ・ 出産、育児等のライフイベントや、海外留学等の希望に配慮するため、プログラムの一時中断を可能とする（中断可能事由は都道府県が設定）

＜プログラム満了前の離脱の防止＞

- ・ キャリア形成プログラムは都道府県と対象者との契約関係であり、対象者は満了するよう真摯に努力しなければならないことを通知で明示
- ・ 一時中断中は、中断事由が継続していることを定期的な面談等により確認（中断事由が虚偽の場合は、契約違反となる）
- ・ 都道府県は、キャリア形成プログラムを満了することを、修学資金の返還免除要件とする（家族の介護等のやむを得ない事情がある場合を除く）
- ・ 都道府県は、修学資金について適切な金利を設定する

参考 地域特別枠卒業者の基本ローテーション

●6年間修学資金の貸与を受けた場合 → 9年間の場合の業務従事期間

	業務従事期間（最長9年間）								
年 数	1	2	3	4	5	6	7	8	9
ローテーション病院群	1・2群 臨床研修		1・2・3群						
			3群の病院を最低1年						
	9年間のうち、3群の病院を最低3年								

※3～6年目に3群の病院を最低1年勤務かつ
9年間のうち、3群の病院を最低3年間勤務。

【徳島県内の公的医療機関等】

1 群病院：県立中央病院，徳島市民病院，徳島赤十字病院，徳島県鳴門病院，
吉野川医療センター，阿南 中央病院，阿南共栄病院，阿波病院

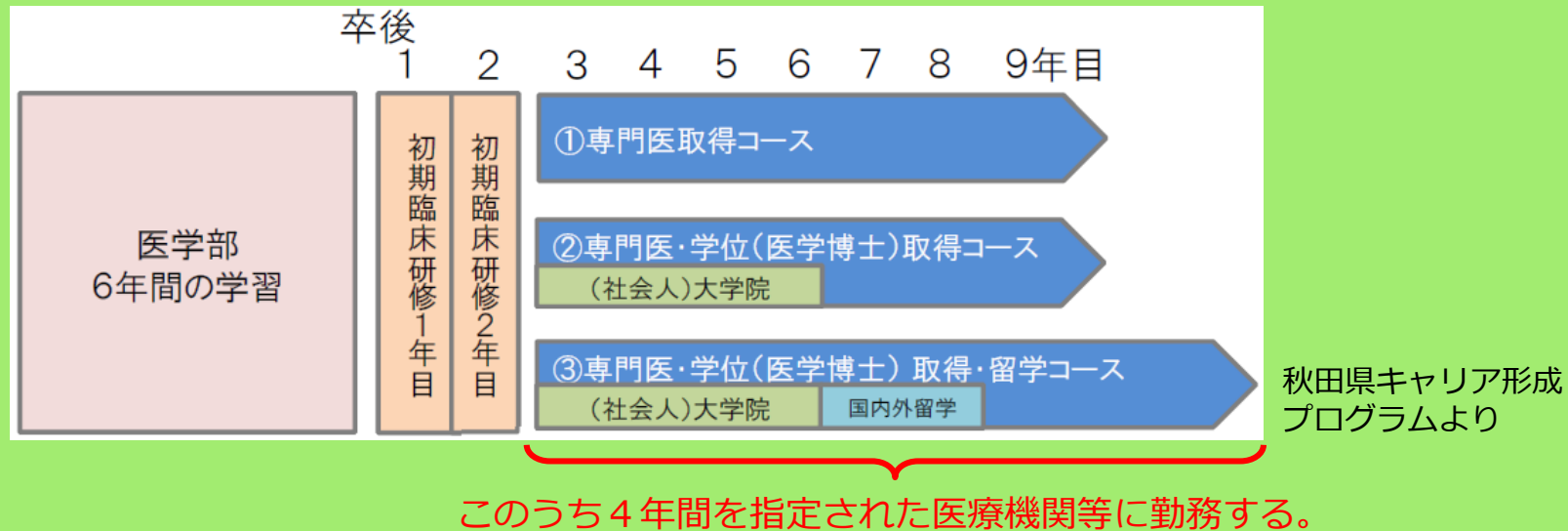
2 群病院：徳島大学病院

3 群病院：県立海部病院，県立三好病院，つるぎ町立半田病院

- ・業務を最長で**3年間中断**し、国内外での留学・研修等が可能
- ・下記条件を満たし、知事が特別に認めた場合はさらに**4年間の中断**が可能
 - ①自身の医学的知識・能力の向上に役立つ進学等であること
 - ②加算期間中の研修計画等県が別に定める様式を提出すること
 - ③最低**1年間の3群勤務**をしていること

(参考) 秋田県地域枠の状況

- 秋田県は、秋田大学医学部に修学資金を貸与する「地域枠」を設置。
- これまで地域枠で秋田大学医学部に入学した者全員が、卒業後に秋田県内に勤務している。



秋田県地域枠出身者の状況

	計	性別		秋田県内に勤務する者			
		男性	女性	卒後 1年目	卒後 2年目	卒後 3年目	卒後 4年目
平成25年卒	10	5	5	10	10	10	10
平成26年卒	14	5	9	14	14	14	-
平成27年卒	19	13	6	19	19	-	-
平成28年卒	19	11	8	19	-	-	-
計	62	34	28	-	-	-	-

へき地での診療を含むキャリア形成プログラムについて

医療従事者の需給に関する検討会
第10回 医師需給分科会（平成29年 6月15日）
資料 1（抜粋）

- 地域医療支援センターとへき地医療支援機構が統合していない都道府県でも、両者が連携して、へき地を含めたキャリア形成プログラムを策定しているところもある。

地域医療支援センターとへき地医療支援機構が連携しキャリア形成を行っている例

（参考）しまね地域医療支援センターのキャリア形成支援 概要

県の奨学金の貸与を受けた医師や地域枠出身の医師、地域医療を志す医師が島根県に軸足を置きながらキャリアアップできるよう支援



若手医師

登録

支援

しまね地域医療
支援センター

医師会

医療
機関

県

島根
大学

市町村

しまね地域医療支援センターにおいて、本人との面談や、県（へき地医療支援機構含む）や医療機関、医師会といった関係者と調整を実施「キャリアアップ」「地域枠・奨学金等の義務的勤務」を両立するキャリアプランの作成を支援！

★キャリアプログラム（例）

本人の希望を尊重した研修・海外研修（高度・最先端の医療技術を習得）

	1年目	2年目	3年目	4年目	5年目	6年目	7年目	8年目	9年目	10年目	
研修施設	初期臨床研修		後期研修(3～5年)							県外病院	地域病院 (地域診療所)
	県内病院	地域病院 (出身地)	大学病院		地域病院		大規模病院				
資格等				【認定医取得】				【専門医取得】			

地域の期待・現状把握

幅広い診療能力を養成

指導的な立場で後輩を育成

高度な医療、多様な症例などを経験する専門研修

※地域病院にへき地拠点病院やへき地診療所を含む

○医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）

第30条の33の13第9項

都道府県は、対象予定学生及び対象医師が、それぞれ第六項の同意〔※卒業後にキャリア形成プログラムの適用を受けることについての大学六年生進級時における同意〕及び第七項の選択〔※臨床研修修了時等におけるキャリア形成プログラムの具体的なコースの選択〕を適切に行うことができるよう、**法第三十条の二十三第一項各号に掲げる者〔※地域医療対策協議会の構成員〕の協力を得て、大学の医学部において医学を専攻する学生の将来の職業生活設計に関する意識の向上に資する取組を実施する**ものとする。

○キャリア形成プログラム運用指針（平成30年7月25日付け医政発0725第17号厚生労働省医政局長通知別添）

4（2）エ

対象予定学生がキャリア形成プログラムの適用を受けることについて同意する際に適切な判断を行い、また対象医師が適切なコース選択を行えるよう、**都道府県は、大学を含む関係者の協力の下、夏季休暇中の地域実習プログラムを開催する等の方法により、大学の医学部の学生が地域社会と接する機会を提供し、学生の地域医療や将来の職業選択に対する主体的意識の涵養を図る**ものとする。

〔考えられる具体的な取組の例〕

- ・夏期休暇中の地域実習プログラム等を通じ、医学生に地域社会において医師が果たす役割を学ぶ機会を提供する
- ・医学生と様々な現場で活躍する医師との対話の機会を設け、キャリアの多様性について意識させる
- ・医学生や若手医師同士が、互いのキャリア設計等について議論する機会を提供する

等

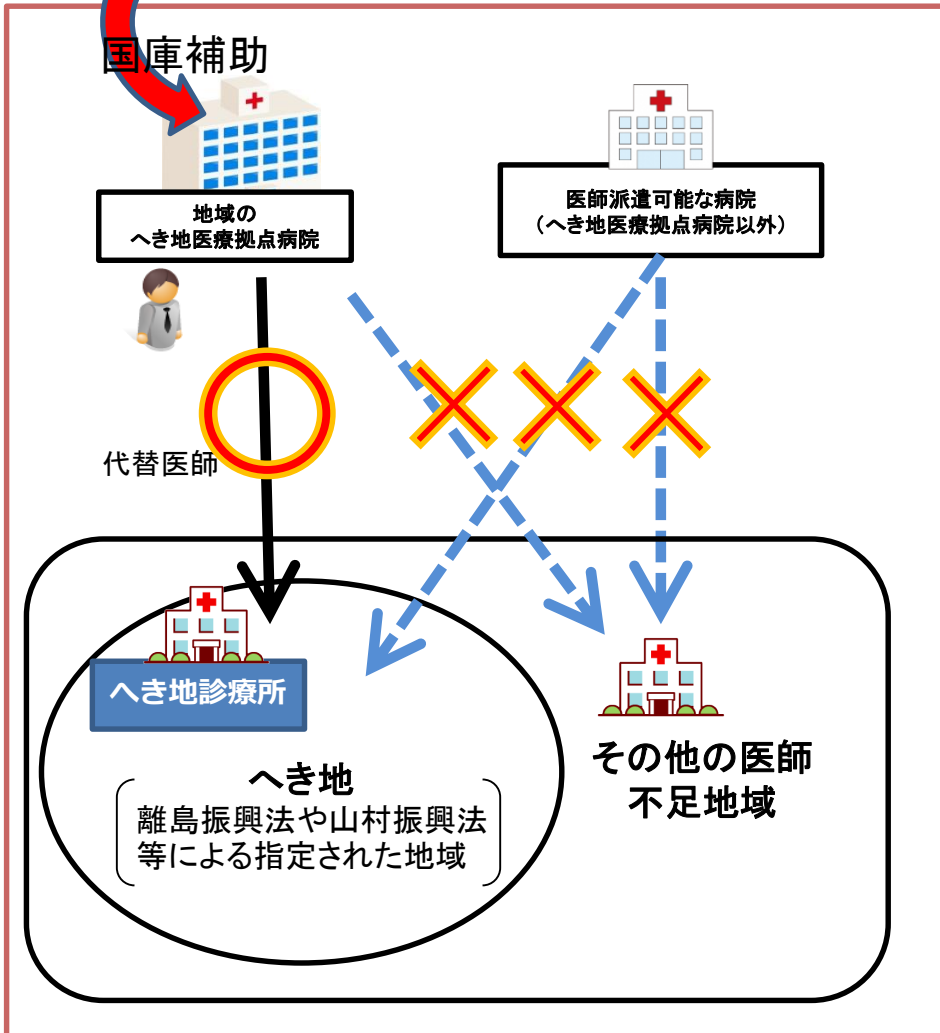
※ これらの取組には、地域医療介護総合確保基金を活用可能

代替医師の派遣について

医療従事者の需給に関する検討会
第10回 医師需給分科会（平成29年6月15日）
資料1（抜粋）

- 現行、へき地拠点病院からへき地診療所への代診医師派遣には派遣手当の支援があるが、支援はへき地に限られている。

【現行】  補助制度の概要：へき地診療所等へ代診医等を派遣するへき地医療拠点病院に対し、派遣1日につき61,000円の補助



平成29年度予算額

へき地医療拠点病院運営事業：515百万円の内数

補助制度の実績

平成23年度

22都道府県（75病院）
1,550日

平成27年度

21都道府県（69病院）
1,927日

代診医師派遣のメリットについての都道府県の意見

（A県）【平成27年度実績：11診療所に161回派遣】

- ・へき地に特定診療科に従事する医師しかいない場合、特定診療科以外の代診医派遣を受けることで、へき地の医療提供体制の強化につながっている。
- ・へき地に従事する医師の病気休暇、大学病院での胃カメラ研修など自己研鑽のための研修への参加等、へき地に従事する医師の負担軽減につながっている。

- 現行、へき地診療所等への遠隔診療支援のための機器導入や維持運営の経費の支援があるが、支援はへき地に限られている。

【現行】

補助制度の概要：へき地診療所及びへき地医療拠点病院並びにこれらの医療機関と連携する医療機関に対し、画像等を伝送する装置の導入及び維持運営に必要な経費を補助。

テレビ電話・
画像送受信等
に係る運営支援

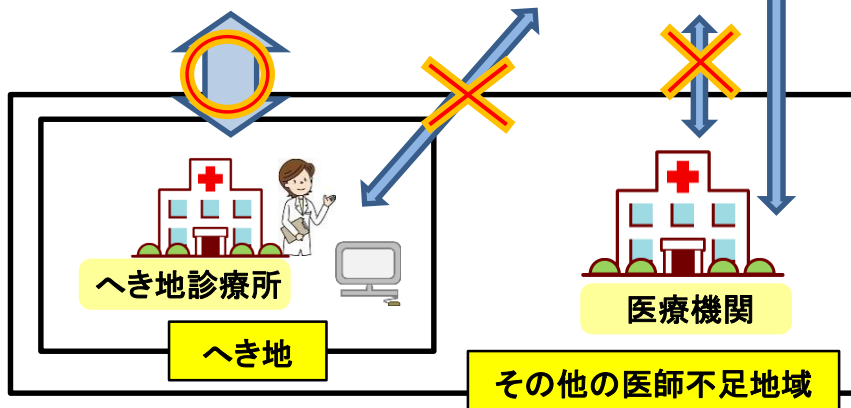
大学医学部や中核医療機関



へき地医療拠点病院



へき地医療拠点病院以外の病院



平成29年度予算額

へき地医療拠点病院運営事業：515百万円の内数

へき地診療所運営事業：857百万円の内数

へき地での遠隔診療支援装置導入件数

平成24年度
145施設



平成28年度
173施設

遠隔診療支援のメリットについての都道府県の意見

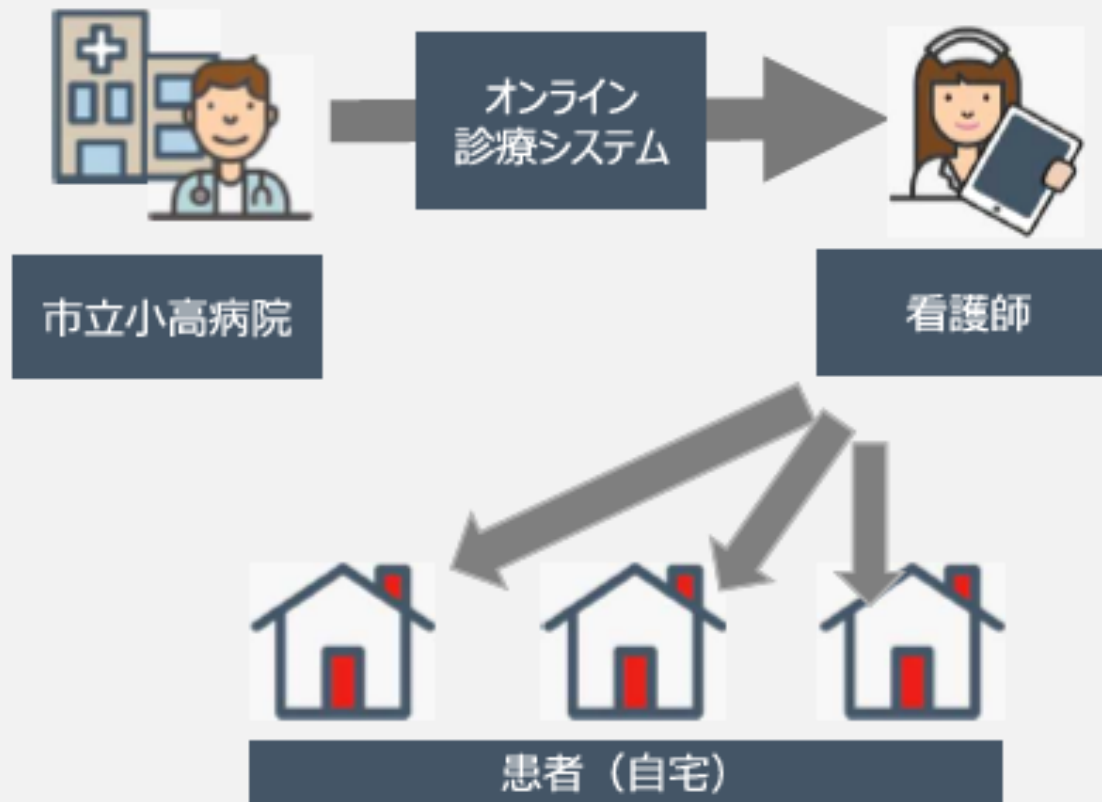
（B県）【平成28年度実績：5施設】

救急対応時、頭部CT画像により脳出血は確認されたが、専門医不在のため適切な診断が困難であり、適切な初期対応、搬送先（近隣の中小病院か遠方の大病院か等）及び搬送手段（救急車かドクターヘリか等）を決められないことがあった。

⇒画像伝送システムを用いてCT画像等を中核医療機関等の専門医に確認してもらい、診断、初期対応、搬送先、搬送手段等について判断を仰ぎ、適切かつ迅速に対応することで、質の高い医療を効率的に提供。

- へき地以外においても、遠隔での診療支援が活用され始めている。

遠隔診療（福島県南相馬市での取組）



期待される効果

- ・ 医師が患者宅に直接出向く訪問診療よりも時間を効率的に使え、より多くの患者を診察可能
- ・ 限られた医療リソースのなかで、定期的な医療的フォローの担保

臨床研修病院の定員設定

臨床研修病院の募集定員設定について

○ これまで、国が臨床研修病院ごとの定員を定めていたが、今後、国は都道府県ごとの定員を定め、都道府県が病院ごとの定員を定めることにより、地方の研修医が増加する等のメリットがある。

※ 都道府県が定員を定める際、あらかじめ厚生労働省に情報提供する仕組みを法定。

※ 公私にかかわらず地域医療への配慮がなされるよう、都道府県が定員を定める際は地対協の意見を聴くことを法定化。

都道府県間の定員調整

募集定員枠の全国的な圧縮（募集定員倍率の圧縮）

→定員充足している都市部の研修医数が減少

→ **地域の定員数が増加**

募集定員倍率（実績と予定）

16年度 1.31倍

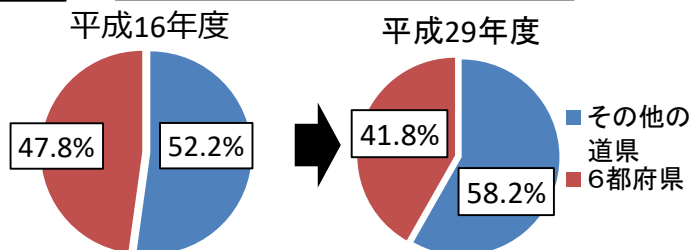


29年度 1.16倍



37年度 1.05倍

研修医の採用数の変化（実績）



※ 6都府県：東京都、神奈川県、愛知県、京都府、大阪府、福岡県

②定員算定方法の変更

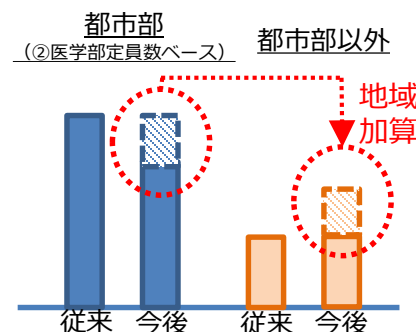
従来

①都道府県人口 又は ②医学部定員数 をベース
→②医学部定員数の多い都府県（東京等）が有利

今後

医学部定員数をベースとした臨床研修医定員を圧縮
→圧縮分を地域に加算

→ **地域の定員数が増加**



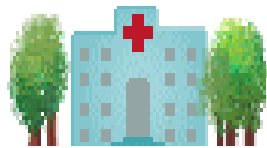
都道府県内の定員調整

国による募集定員の設定（現行）

県内病院（例）



A病院（都市部）
定員 20
マッチ者数 17



B病院（地方部）
定員 2
マッチ者数 2

実情にあった
定員数の設定

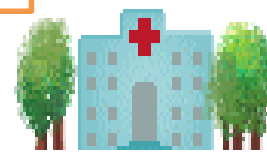
地域で働きたい医学生が
マッチできない

都道府県による募集定員の設定

県内病院（例）



A病院（都市部）
定員 17
マッチ者数 17



B病院（地方部）
定員 5
マッチ者数 4

地域の研修医が増加

2020年度研修まで: 研修医総数を各県に按分した数+地理的加算+都道府県調整枠=都道府県別上限

①人口分布

$$\text{全国の研修医総数(推計)} \times \frac{\text{都道府県の人口}}{\text{日本の総人口}}$$

②医師養成状況

$$\text{全国の研修医総数(推計)} \times \frac{\text{医学部入学定員}}{\text{全国の医学部入学定員}}$$

③地理的条件等の加算

- (a) 面積当たり医師数(100km²当たり医師数)
- (b) 離島の人口
- (c) 高齢化率(65歳以上の割合)
- (d) 人口当たり医師数

研修医総数を①と②
多い方の割合で按分

+

③

都道府県別の基礎数

+

都道府県の調整枠
※2

都道府県別の上限
※1

※1 全国の上限を研修希望者数の1.2倍(H27)とし、H32までに約1.1倍とする。

※2 全国の上限と基礎数との差を各都道府県の直近の採用実績数で按分し、各県の調整枠とする。

2021年度研修から: 研修医総数を各県に按分した数+地理的加算+都道府県調整枠=都道府県別上限

①人口分布

$$\text{全国の研修医総数(推計)} \times \frac{\text{都道府県の人口}}{\text{日本の総人口}}$$

②医師養成状況 (算出に当たり一定のキャップを設定)

$$\text{全国の研修医総数(推計)} \times \frac{\text{医学部入学定員}}{\text{全国の医学部入学定員}}$$

③地理的条件等の加算 ①人口分布による算出の1.2倍を限度とする ※3

- (a) 面積当たり医師数(100km²当たり医師数)
- (b) 離島および医師少数区域の人口
- (c) 高齢化率(65歳以上の割合)
- (d) 人口当たり医師数

地理的条件等の加算を増加 ※3

研修医総数を①と②
多い方の割合で按分

+

③

都道府県別の基礎数

+

都道府県の調整枠
※2

都道府県別の上限
※1

※1 全国の上限を研修希望者数の1.1倍(2020)とし、2025年度までに約1.05倍とする。

※2 全国の上限と基礎数との差を各都道府県の直近の採用実績数で按分し、各県の調整枠とする。

※3 全国の上限(試算)と採用実績等を踏まえつつ、一定の係数を課す場合がある。

各臨床研修病院における募集定員の設定について

2020年度研修まで

A県

上限：1000
基礎数：900
調整枠：100

B病院

12名
前年度募集定員

過去受入実績等
による設定

10名
過去3年間の受入実績の最大値 ※1

各都道府県の
基礎数との調整

(例)
病院の希望募集定員の合計
1,000名
都道府県の基礎数 900名

9名
 $10 \times \frac{900}{1,000}$

各都道府県による病院
へのヒアリング・臨床
研修協議会の開催

地域枠医師の採用見込み
数、医師不足地域への配
慮等の確認

都道府県による調整

都道府県が、地域枠等の状況
を踏まえ、調整枠の範囲内で
各研修病院の定員を調整 ※2

13名
都道府県調整によ
り4人加算

※1 医師派遣加算、小児・産科加算もあり。

※2 都道府県による病院間での付け替え調整可能。
新規指定病院の定員は必ず2名。
各病院の募集定員は最低2名。

2021年度研修から

A県

上限：1000

B病院

12名
前年度募集定員

都道府県地域医療対策協議会の開催

(審議事項 例)
個別病院の定員算定方法※1
医師少数地域の定員重点配置
地域枠への配慮
地域密着型臨床研修病院※2
各病院の採用規模の確認 等

厚生労働省へ
定員案の事前通知

定員案に加え、その「算定方
法」についても併せて通知す
る。

都道府県による定員
設定

都道府県が、地対協の審議を
踏まえ、都道府県上限の範囲
内で各研修病院の定員を設定
※3

※3 過去受入実績等に関わらず、都道府県の実情に応じて
個別病院の定員を設定可能とする。
例) 新規指定病院であっても、3名以上も可。

※1 都道府県は、従前の国における算定方法を
参酌の上、各県の実情に応じて定員を設定
※2 2022年度研修から開始予定

13名
翌年度募集定員案

13名
翌年度募集定員

臨床研修病院の定員設定に関する法令上の規定

医師法（昭和23年法律第201号）（抄）（2020年4月1日施行）

第十六条の三 厚生労働大臣は、毎年度、都道府県ごとの研修医（臨床研修病院（前条第一項に規定する都道府県知事の指定する病院をいう。第三項及び次条第一項において同じ。）において臨床研修を受ける医師をいう。以下この条及び第十六条の八において同じ。）の定員を定めるものとする。

2 （略）

3 都道府県知事は、第一項の規定により厚生労働大臣が定める都道府県ごとの研修医の定員の範囲内で、毎年度、当該都道府県の区域内に所在する臨床研修病院ごとの研修医の定員を定めるものとする。

4 都道府県知事は、前項の規定により研修医の定員を定めようとするときは、医療法第五条の二第一項に規定する医師の確保を特に図るべき区域における医師の数の状況に配慮しなければならない。

5 都道府県知事は、第三項の規定により研修医の定員を定めようとするときは、あらかじめ、その内容について厚生労働大臣に通知しなければならない。

6 都道府県知事は、前項の規定による通知をしようとするときは、あらかじめ、地域医療対策協議会の意見を聴かなければならない。

7 都道府県知事は、前項の規定により地域医療対策協議会の意見を聴いたときは、第三項の規定により研修医の定員を定めるに当たり、当該意見を反映させるよう努めなければならない。

医師法施行規則及び医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の一部を改正する省令案 （抄）

（募集定員の通知）

第十六条 都道府県知事は、法第十六条の三第三項の規定により臨床研修病院ごとの研修医の定員を定めたときは、当該定員による臨床研修が行われる年度の前年度の四月三十日までに、その旨をそれぞれの臨床研修病院に通知しなければならない。

2 法第十六条の三第五項の規定により厚生労働大臣に対して通知する内容は、研修医の定員のほか、当該定員の算定方法を含むものとする。

地域密着型臨床研修病院における地域枠等限定選考について

省令施行通知（案） ※地域密着型臨床研修病院の関係部分

5 臨床研修病院の指定の基準

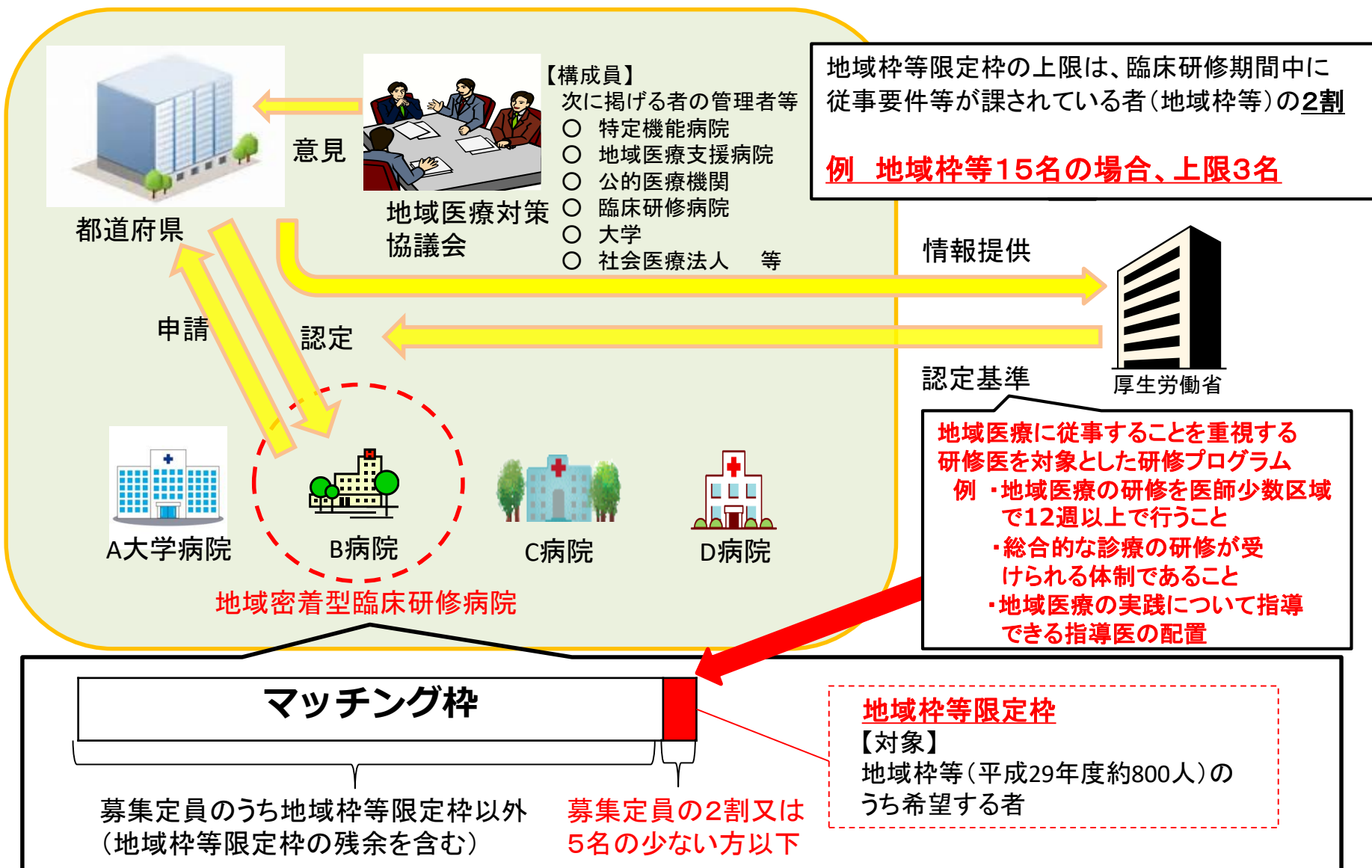
都道府県知事は、基幹型臨床研修病院の指定を受けようとする病院の開設者から指定の申請があった場合において、当該病院が次に掲げる事項に適合していると認めるときでなければ、基幹型臨床研修病院の指定をしてはならないこと。

ア 臨床研修省令第2条に規定する臨床研修の基本理念にのっとりた研修プログラムを有していること。

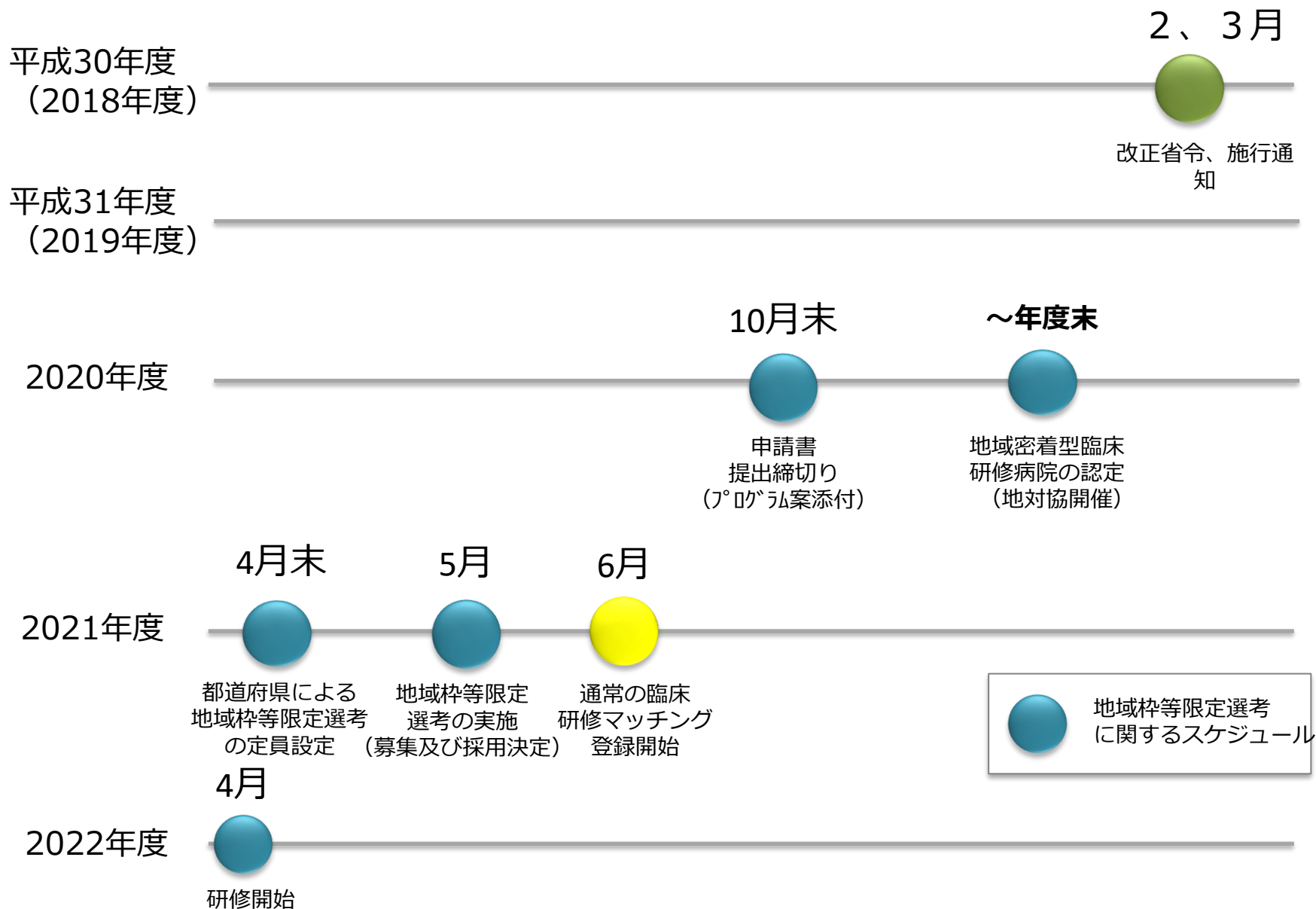
(イ) **都道府県知事が**次の手続きを行うことを条件に認定した基幹型臨床研修病院（以下「地域密着型臨床研修病院」という。）は、地域医療に従事することを重視する研修医を対象とした研修プログラム（以下「地域医療重点プログラム」という。）を設けることができること。

- ① 地域密着型臨床研修病院の認定を希望する基幹型臨床研修病院の開設者は、地域医療重点プログラムの研修を開始しようとする年度の前々年度の10月31日までに、申請書を当該病院の所在地を管轄する都道府県知事に提出すること。
- ② 申請書には、当該病院の地域医療重点プログラムを添付すること。
- ③ 都道府県知事は、①の申請が適当と認める場合、当該プログラムの研修医を募集する年度の前年度末までに地域医療対策協議会の意見を聴いた上で、当該病院を地域密着型臨床研修病院と認定すること。
- ④ ③の認定に当たっては、当該病院の研修体制が充実していると認められること、医師少数区域における地域医療の研修が12週以上であり、臨床研修終了後も総合的な診療の研修が受けられる体制であること、地域医療の実践について指導できる指導医が配置され、勤務体制上指導時間を十分に確保できること等が満たされていることを確認すること。
- ⑤ 地域医療重点プログラムの研修医の募集及び採用の決定は、当該病院の募集定員の2割又は5名の少ない方の定員分は、当該都道府県において臨床研修期間中に従事要件等が課されている者を対象として、医師臨床研修マッチング協議会が実施する医師臨床研修マッチング前に行うこと（以下「地域枠等限定選考」という。）ができること。
- ⑥ ⑤の当該都道府県内の地域枠等限定選考できる募集定員の合計は、当該都道府県において臨床研修中に従事要件等が課されている者の2割以内とすること。
- ⑦ 都道府県知事は、認定した地域密着型臨床研修病院が、前述④の基準に適合しなくなったときは、当該認定を取り消すことができること。
- ⑧ 都道府県知事は、地域密着型臨床研修病院を認定したとき又は当該認定を取り消したときは、その旨を厚生労働大臣に通知すること。

地域密着型臨床研修病院における地域枠等限定選考（イメージ）



地域枠等限定選考におけるスケジュール（イメージ）



医師確保計画の運用

医師少数区域での医師確保に向けたサポート体制の構築

医師の派遣調整

キャリア形成プログラム

医師の大臣認定

臨床研修における定員・倍率調整

医師少数区域での勤務



医師少数区域

医師少数区域に対して、より充実したサポート体制を構築

国による支援

都道府県による支援

医療機関／大学による支援

研鑽を積める体制整備

- 地域でも専門研修を受けられるよう、都市部に限らない専門研修の研修施設の整備について日本専門医機構等へ要請（国）
- 医師の希望する知識習得・技能向上に配慮したキャリア形成プログラムの策定（都道府県）
- 寄付講座の開設や指導医の確保などによる充実した研修体制の推進（都道府県、医療機関／大学）

子育てしながら働ける環境整備

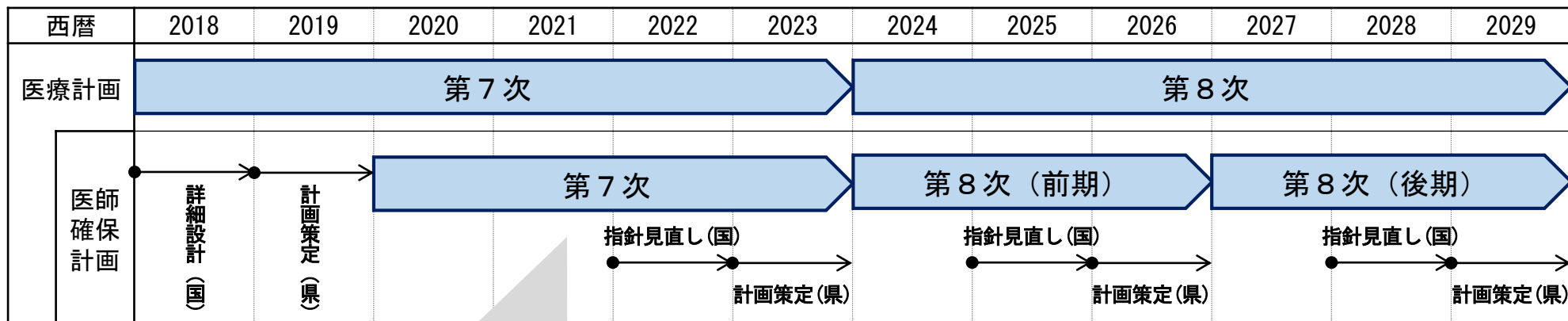
- 柔軟な働き方を可能とするグループ診療の整備、代診医確保等の推進（都道府県）
- 院内保育所の整備（医療機関）

医療機関の勤務環境の改善支援

- 医師派遣と連携し、勤務環境改善支援センターが勤務環境改善支援を実施（都道府県）
（例：チーム医療の推進、医師事務作業補助者の配置 等）

地域医療介護総合確保基金等を充実させ上記施策を財政面から支援（国／都道府県）

医師確保計画に基づく医師偏在対策のサイクル



医師確保計画のサイクル

医師確保計画の策定

論点

医師確保計画の策定プロセスをどのように設計するか。

計画に基づく対策の実施

論点

個々の医師偏在対策の効果をどう高めるか。

対策の効果検証

論点

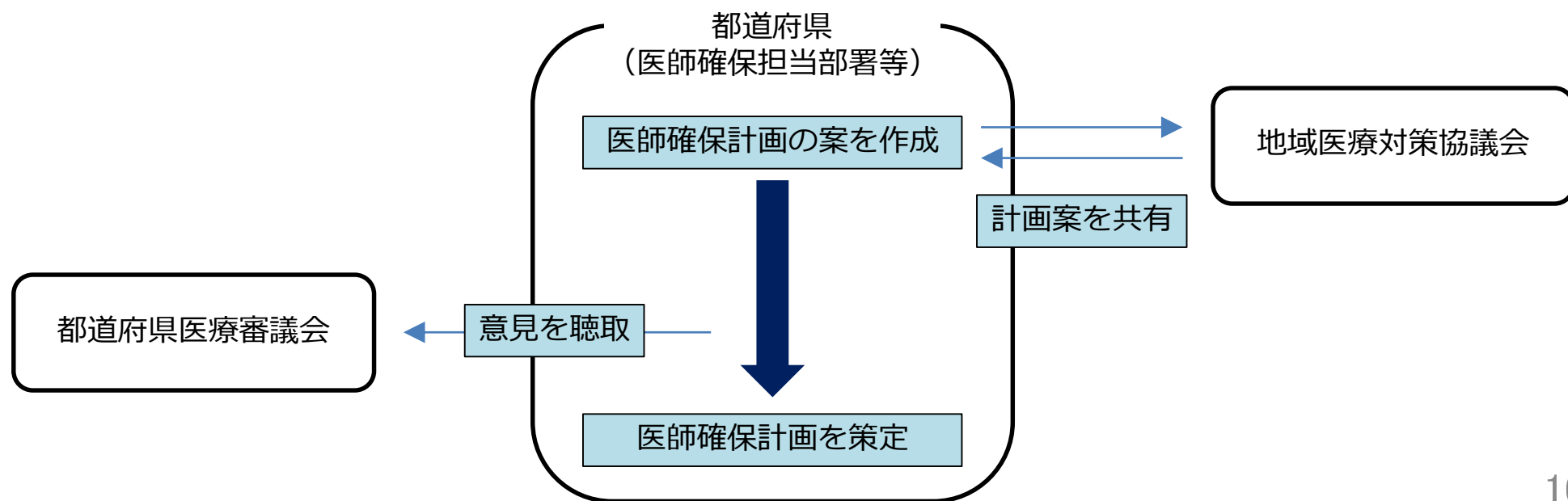
医師偏在対策の効果をどのように測定・評価するか。

必要な計画の見直し

医師確保計画策定時の地域医療対策協議会の役割について

論点

- 医師確保計画に基づく具体的な医師偏在対策については、地域医療対策協議会において実施に必要な事項の協議を行い、協議が調った事項に基づき対策を講じることとされている。
 - 医師偏在対策の実効性を確保するためには、具体的な対策について協議する地域医療対策協議会の構成員が、医師確保計画の立案段階から関与することが有用と考えられる。
 - このため、都道府県が医師確保計画を策定するに当たっては、地域医療対策協議会に計画案の共有を行うこととしてはどうか。



医師確保計画の策定プロセス

国 医師偏在指標（患者流出入の調整前）の算出

都道府県 都道府県間での患者流出入の調整

国 医師偏在指標（患者流出入の調整後）の算出

国 医師多数区域・医師少数区域の基準設定

都道府県 医師多数区域・医師少数区域の設定

都道府県 医師の確保の方針の決定

都道府県 目標医師数の決定

都道府県 目標医師数の達成のための施策の決定

（前回までの議論）

医師偏在指標

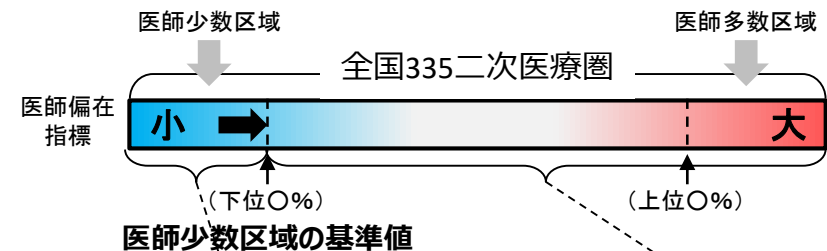
人口10万人対医師数における課題

患者の流出入等を反映できていない

医師偏在指標における対応

患者の流出入に関しては、患者住所地を基準に流出入実態を踏まえ、都道府県間調整を行うこととしてはどうか。

目標医師数



計画終了時点の医師偏在指標の値が、計画開始時点の医師少数区域の基準値に達することとなる医師数を目標医師数に設定

都道府県が独自に目標医師数を設定（国が、参考値として医師偏在指標が全国平均値と等しい値になる医師数を提示）

医師確保計画

医師確保計画の策定スケジュール(イメージ)

平成32年度から始まる最初の医師確保計画の策定スケジュールのイメージは、次のとおり。

平成30年度内	・ 需給分科会の議論の取りまとめを実施 ・ 国が医師確保計画の策定ガイドラインを作成、公表 ・ 国が医師偏在指標（患者流出入の調整前）を算出
平成31年 4 月～ 6 月頃	・ 都道府県間での患者流出入の調整を実施
平成31年 7 月頃	・ 都道府県間の調整結果を踏まえ、国が医師偏在指標（患者流出入の調整後）を算出
・ ・ ・	・ 国が都道府県向けの医師確保計画策定研修会等を随時実施
平成31年度内	・ 都道府県が地域医療対策協議会との共有、都道府県医療審議会への意見聴取を経て、医師確保計画を策定・公表
平成32年度～	・ 都道府県において、医師確保計画に基づく医師偏在対策開始

個々の医師偏在対策の実効性の確保について

医療法上、医療関係者は、地域医療対策協議会で協議が調った事項（医師確保計画の実施に必要な事項）等の実施に協力する努力義務（公的医療機関は義務）が課されている。

○医療法及び医師法の一部を改正する法律（平成30年法律第79号）による改正後の医療法（平成31年4月1日施行）

第三十条の二十三 都道府県は、次に掲げる者の管理者その他の関係者との協議の場合（次項において「地域医療対策協議会」という。）を設け、これらの者の協力を得て、同項各号に掲げる医療計画において定める医師の確保に関する事項の実施に必要な事項について協議を行い、当該協議が調った事項について、公表しなければならない。

- 一 特定機能病院
- 二 地域医療支援病院
- 三 第三十一条に規定する公的医療機関（第五号において「公的医療機関」という。）
- 四 医師法第十六条の二第一項に規定する厚生労働大臣の指定する病院
- 五 公的医療機関以外の病院（公的医療機関に準ずるものとして厚生労働省令で定めるものを除く。）
- 六 診療に関する学識経験者の団体
- 七 学校教育法（昭和二十二年法律第二十六号）第一条に規定する大学（以下単に「大学」という。）その他の医療従事者の養成に関係する機関
- 八 当該都道府県知事の認定を受けた第四十二条の二第一項に規定する社会医療法人
- 九 その他厚生労働省令で定める者

2～4 （略）

第三十条の二十四 都道府県知事は、前条第一項に規定する協議が調った事項（次条第一項、第三十条の二十七及び第三十一条において「協議が調った事項」という。）に基づき、特に必要があると認めるときは、前条第一項各号に掲げる者の開設者、管理者その他の関係者に対し、医師の派遣、研修体制の整備その他の医師の確保を特に図るべき区域の病院又は診療所における医師の確保に関し必要な協力を要請することができる。

第三十条の二十七 第三十条の二十三第一項各号（第三号を除く。）に掲げる者及び医療従事者は、協議が調った事項その他当該都道府県において必要とされる医療の確保に関する事項の実施に協力するとともに、第三十条の二十四の規定により協力を要請されたときは、当該要請に応じ、医師の確保に関し協力するよう努めなければならない。

第三十一条 公的医療機関（都道府県、市町村その他厚生労働大臣の定める者の開設する病院又は診療所をいう。以下この節において同じ。）は、協議が調った事項その他当該都道府県において必要とされる医療の確保に関する事項の実施に協力するとともに、第三十条の二十四の規定により協力を要請されたときは、当該要請に応じ、医師の確保に関し協力しなければならない。

論点

- 地域枠学生を確実に確保し、卒業後、義務年限期間の終了後も含めた地域定着を図るために、次のような方策が必要ではないか。
 - 地域枠学生は、地域医療に対する熱意を持った学生を確実に確保するため、選抜の際に一般枠の学生とは別枠で選抜する。
 - キャリア形成プログラムの内容の充実や、臨床研修病院のマッチング時の考慮等、地域枠の魅力を高め、「ブランド化」を図る。
 - 都道府県担当者が、個々の地域枠学生と顔の見える関係を構築し、その希望を考慮したキャリア形成プログラムを作成することで、義務年限を地域で就業することに関する地域枠学生の納得感を向上させ、キャリア形成プログラムへの主体的な参加を促す。
 - 地域枠学生の抱えるキャリア形成上の不安・悩みを解消するため、当該都道府県の歴代地域枠学生の同窓会組織を設立する等、ピアサポート体制を構築する。
 - 大学や医療機関等も含めた地域の医療関係者が、「地域の医師は地域で育てる」という考え方に基づき、学部生段階から地域医療を支えることの意義や魅力を地域枠学生に伝える。

第22回医師需給分科会（平成30年10月24日）でのご議論を踏まえ、同月25日に、厚生労働省から各都道府県に対し、平成32年度以降の地域枠については、大学入試の際に一般枠とは別枠の選抜方法を採用することを、臨時定員増の要件とすることを医政局長名で通知するとともに、文部科学省に対して大学に対する必要な指導を依頼。

○地域の医師確保の観点からの平成32年度以降の大学医学部の入学者の選抜方法について（通知）（平成30年10月25日医政発1025第8号厚生労働省医政局長通知）

「新成長戦略」（平成22年6月18日閣議決定）等を踏まえ、地域の医師確保等に早急に対応するため、大学医学部の入学定員の増加が認められてきた。

しかしながら、このうち地域の医師確保のための増員（以下単に「増員」という。）について、複数の大学において、増員分の入学者の選抜方法として、入学前に増員の趣旨を説明することなくその他の定員と区別せずに選抜を行い、入学後に事後的に増員分に該当することとなる学生の希望を募る等、増員の趣旨に沿った学生を確実に確保することが困難な方法が採られており、この結果、増員分の入学者を確保できず、その他の定員として用いているという不適切な運用の実態が、厚生労働省の調査により判明したところである。

さらに、同調査において、こうした方法により選抜された学生は、募集要項に増員の趣旨を明記した上で、その他の定員と区別して選抜する選抜方法（以下「別枠方式」という。）と比較して、卒業後に地域に定着する割合が低いことも明らかとなった。

大学、大学院、短期大学及び高等専門学校を設置等に係る認可の基準（平成15年文部科学省告示第45号）第3条第1項第1号において、増員については都道府県が作成する医療に関する計画にあらかじめ記載することとされ、都道府県における計画的な医師偏在対策に活用されるものと位置付けられていることを踏まえれば、地域間の医師偏在が今なお解消に至っていない中、**平成32年度以降の増員分の選抜に当たっては、別枠方式により増員の趣旨に沿った学生を確実に確保することが適当であると考えられる。**

このため、平成32年度以降の増員に関し、下記のとおり取り扱うこととしたので、貴職におかれては、内容について十分御了知の上、医療計画の見直し等、必要な対応に遺漏なきようお願いする。

記

- 1 大学、大学院、短期大学及び高等専門学校を設置等に係る認可の基準第3条第1項第1号に規定する大学の医学部に係る入学定員等の増加については、医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4の医療計画にその人数を記載すること。
- 2 大学、大学院、短期大学及び高等専門学校を設置等に係る認可の基準第3条第1項第1号に規定する修学資金の財源として地域医療介護総合確保基金を活用することは、1に加え、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第64号）第4条第1項の都道府県計画に対応する人数を記載する場合にのみ認められるものであること。
- 3 1及び2の人数については、**当該人数分の学生を別枠方式により選抜すること及び、募集要項に別枠方式により選抜された学生については卒業後にキャリア形成プログラムの対象となることを明記することについて、あらかじめ都道府県が各大学と書面により合意したものに限り、記載することができるものとする。**

○医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）

第30条の33の13第9項

都道府県は、対象予定学生及び対象医師が、それぞれ第六項の同意〔※卒業後にキャリア形成プログラムの適用を受けることについての大学六年生進級時における同意〕及び第七項の選択〔※臨床研修修了時等におけるキャリア形成プログラムの具体的なコースの選択〕を適切に行うことができるよう、**法第三十条の二十三第一項各号に掲げる者〔※地域医療対策協議会の構成員〕の協力を得て、大学の医学部において医学を専攻する学生の将来の職業生活設計に関する意識の向上に資する取組を実施する**ものとする。

○キャリア形成プログラム運用指針（平成30年7月25日付け医政発0725第17号厚生労働省医政局長通知別添）

4（2）エ

対象予定学生がキャリア形成プログラムの適用を受けることについて同意する際に適切な判断を行い、また対象医師が適切なコース選択を行えるよう、**都道府県は、大学を含む関係者の協力の下、夏季休暇中の地域実習プログラムを開催する等の方法により、大学の医学部の学生が地域社会と接する機会を提供し、学生の地域医療や将来の職業選択に対する主体的意識の涵養を図る**ものとする。

〔考えられる具体的な取組の例〕

- ・夏期休暇中の地域実習プログラム等を通じ、医学生に地域社会において医師が果たす役割を学ぶ機会を提供する
 - ・医学生と様々な現場で活躍する医師との対話の機会を設け、キャリアの多様性について意識させる
 - ・医学生や若手医師同士が、互いのキャリア設計等について議論する機会を提供する
- 等

※ これらの取組には、地域医療介護総合確保基金を活用可能

論点

- 医師確保計画に定める目標医師数は、医師少数区域以外の二次医療圏を除き、計画終了時点における医師偏在指標の値として設定される。
 - 医師確保計画を通じた医師偏在対策の効果については、計画終了時点における医師偏在指標の値に基づいて測定・評価することとしてはどうか。
 - その際、医師偏在指標の算出に用いる医師数は各種調査等に基づくものとなるが、計画終了時点の医師偏在の状況を可能な限り正確に評価できるよう、調査・集計手法を検討することとしてはどうか。
 - また、医師偏在対策の効果測定・評価の結果について、地域医療対策協議会において協議を行い、次期医師確保計画の策定・見直しに反映させるとともに、評価結果を次期医師確保計画に記載することとしてはどうか。

論点

- 各都道府県が医師確保計画に基づき実施する医師偏在対策の実効性を確保するために、国においてどのような取組・支援が可能か。
 - 国と都道府県、都道府県間の相互理解の推進や、好事例の展開等に活用可能な、情報共有の仕組みを整備してはどうか。
 - 国において、都道府県の医師偏在対策のフォローアップを行うことで、対策の実施状況や、実施の支障となっている事項等を把握してはどうか。
 - 地域住民に対する情報提供の観点から、地域の医師偏在の改善状況を国において可視化し、公表してはどうか。

外来医療機能の偏在是正

1. 外来医療の提供体制について

- 現在、医療施設別の医師数については、診療所の医師が約4割を占める。

医療従事者の需給に関する検討会
第22回 医師需給分科会

平成30年9月28日

資料
2-
1
一部
抜粋

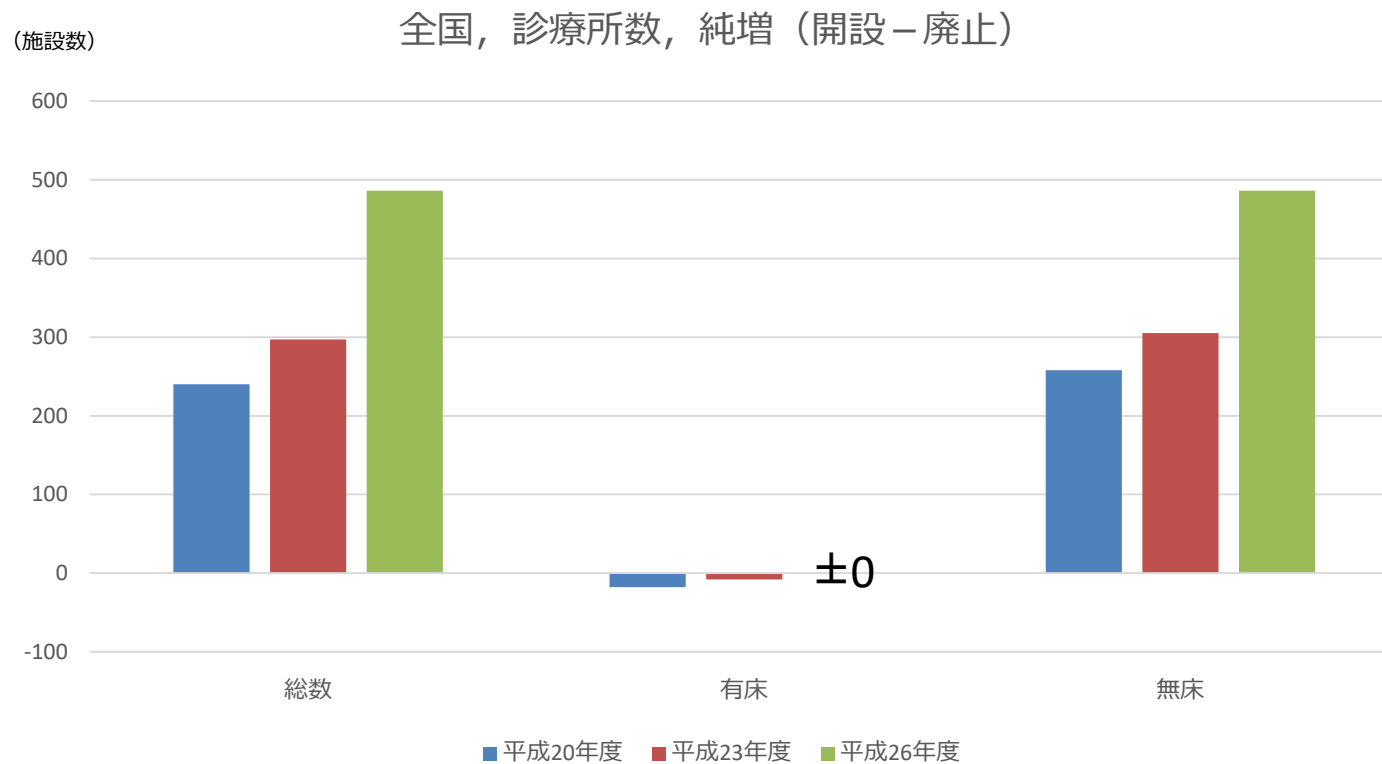
医療施設別の施設数・医師数（常勤換算）

	施設数	医師数
病院	8,493 (8%)	204,700 (61%)
有床診療所	8,355 (8%)	15,605 (5%)
無床診療所	92,106 (84%)	115,074 (34%)

平成26年度医療施設静態調査

1. 外来医療の提供体制について

- 全国での新規開業数（診療所の数（開設－廃止））は増加傾向にある。



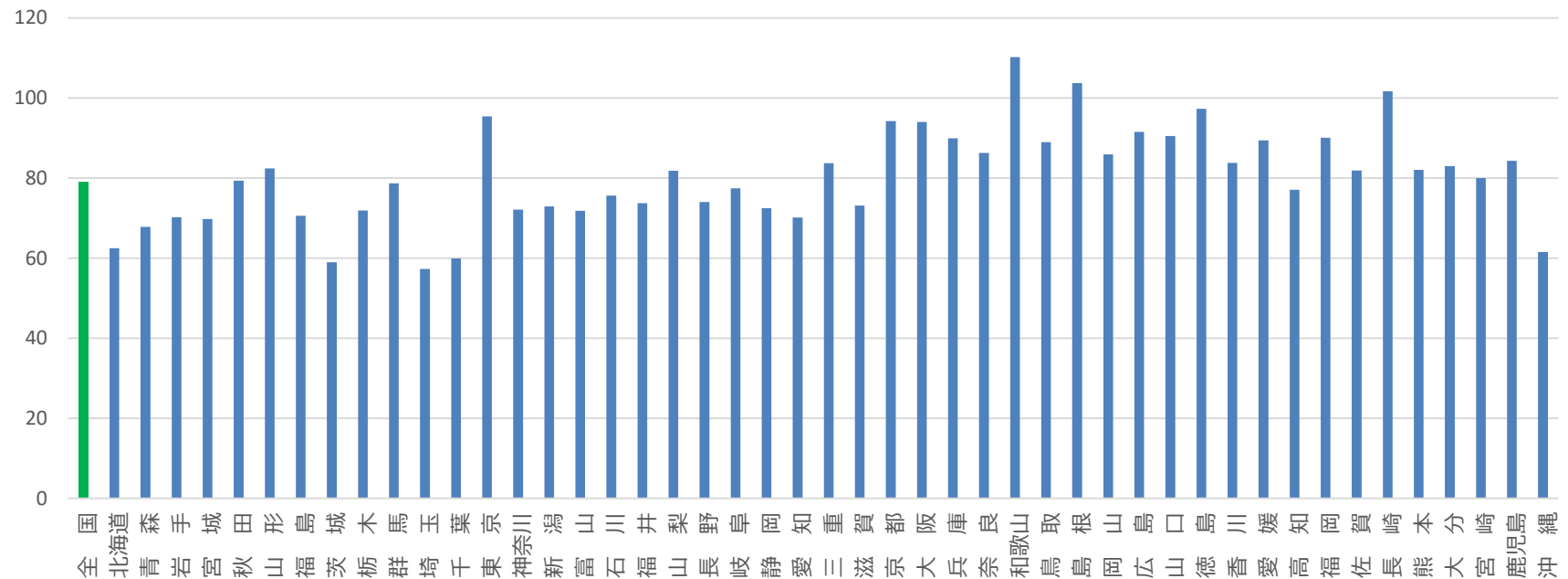
参照) 医療施設静態調査

1. 外来医療の提供体制について

- 人口10万当たり診療所数は、都道府県によって差が見られる。
（最大52.9の差（和歌山県－埼玉県））

（施設数）

都道府県別，診療所数（人口10万対）



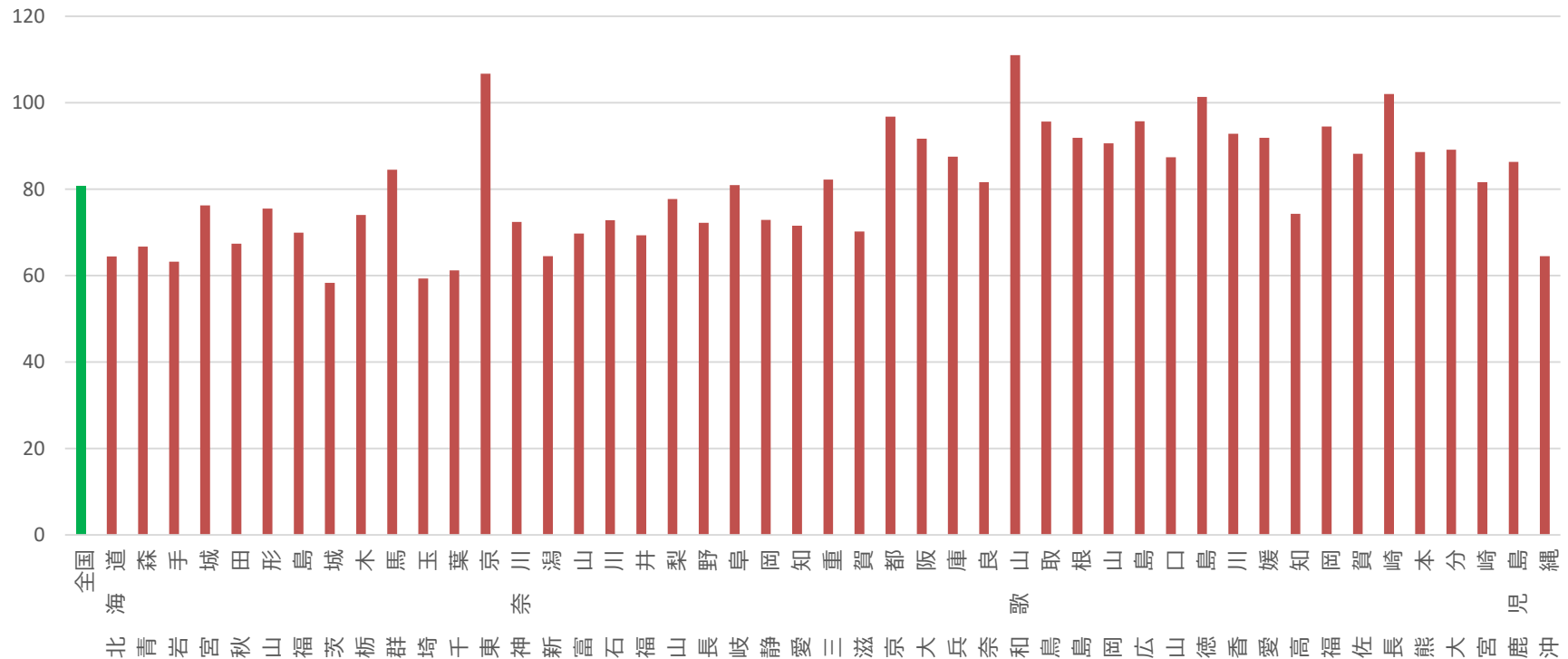
参照）平成26年度医療施設静態調査

1. 外来医療の提供体制について

- 人口10万当たり診療所医師数は、都道府県間に差がみられる。
(最大52.7の差（和歌山県－茨城県）)

(人/10万)

人口10万対診療所医師数，主たる従業地，都道府県

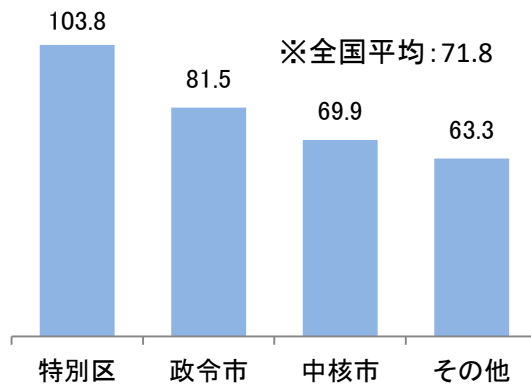


参照) 平成28年度医師・歯科医師・薬剤師調査

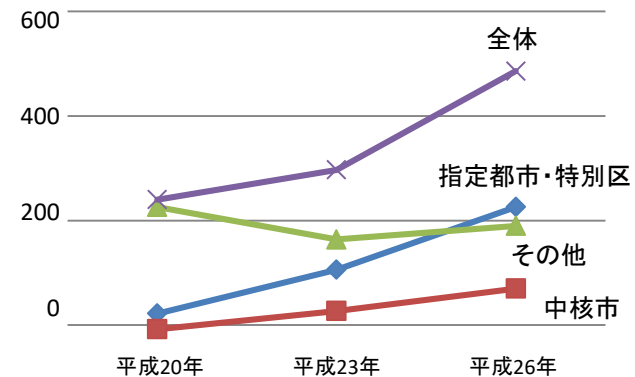
1. 外来医療の提供体制について

○ さらに、無床診療所は都市部に開設が偏る傾向がある。

人口10万対無床診療所数



診療所の純増数の推移(開設一廃止)



参照) 平成20・23・26年度医療施設調査

医療従事者の需給に関する検討会
第14回 医師需給分科会(平成30年11月
8日)
資料2(抜粋・一部改変)

医療従事者の需給に関する検討会
第22回 医師需給分科会
平成30年9月28日

資料
2-
1
一部
抜粋

基本的な考え方

- 外来医療については、無床診療所の開設状況が都市部に偏っており、また、医療機関間の連携の取組が、個々の医療機関の自主的な取組に委ねられている等の状況を踏まえると、（１）外来機能に関する情報を可視化し、（２）その情報を新規開業者等へ情報提供するとともに、（３）地域の医療関係者等において外来医療機関間での機能分化・連携の方針等について協議を行うことが必要である。

対策のコンセプト

（１）外来医療機能に関する情報の可視化

- 医師偏在の度合いが指標により示されることにより、地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握が可能になる。

（２）新規開業者等への情報提供

- 可視化された情報を、新たに開業しようとしている医療関係者等が自主的な経営判断を行うに当たっての有益な情報として提供する。

（３）外来医療に関する協議の場の設置

○ 可視化する情報の内容の協議

- ・可視化する情報の内容について、より詳細な付加情報（地域ごとの疾病構造・患者の受療行動等）を加えたり、機微に触れる情報（患者のプライバシー・経営情報等）を除いたりといった対応のために、地域の医療関係者等が事前に協議を行い、より有益な情報とする。

○ 地域での機能分化・連携方針等の協議

- ・充実が必要な外来機能や充足している外来機能に関する外来医療機関間の機能分化・連携の方針等（救急医療提供体制の構築、グループ診療の推進、医療設備・機器等の共同利用等）について地域の医療関係者等と協議を行い、地域ごとに方針決定できるようにする。

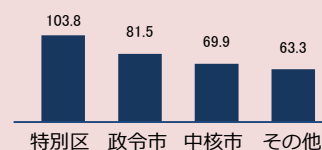
上記の協議については、地域医療構想調整会議を活用することができる。

地域における外来医療機能の偏在・不足等への対応

現 状

- 外来患者の約6割が受診する**無床診療所は、開設が都市部に偏っている**。
- また、地域における救急医療提供体制の構築、グループ診療の推進、放射線装置の共同利用等の**医療機関の連携の取組が、個々の医療機関の自主的な取組に委ねられている**。

人口10万人対無床診療所数

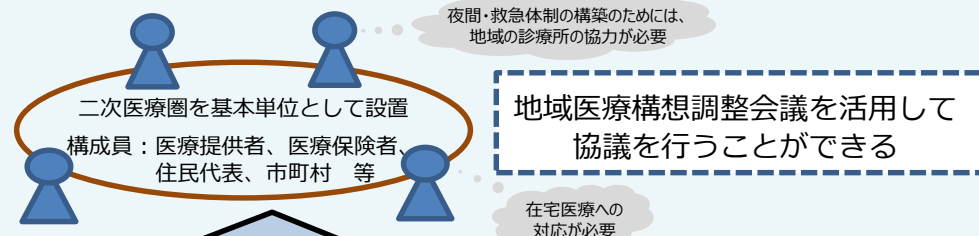


(二次医療圏別)

上位	1位：東京都・区中央部	248.8
	2位：大阪府・大阪市	123.1
下位	2位：北海道・遠紋	32.9
	1位：北海道・根室	26.5

制度改正

外来医療に関する協議の場を設置



医師偏在の度合いを示す指標の導入

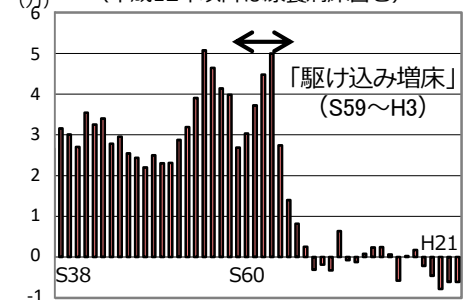
地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握が可能

- **外来医療機能に関する情報を可視化**するため、地域の関係者が**提供する情報の内容**（付加情報の追加、機微に触れる情報の削除等）**について協議**
- 救急医療提供体制の構築、グループ診療の推進、医療設備の共同利用等の、**地域における外来医療機関間の機能分化・連携の方針についても協議**

無床診療所の開業規制を行う場合の課題

- ・ **自由開業制との関係**（現行制度上、医師免許は開業免許と位置付けられており、憲法で保障された営業の自由との関係の整理が必要）
- ・ **国民皆保険との関係**（国民皆保険を採用する我が国においては、保険上の制限も実質上の開業制限）
- ・ **雇入れ規制の必要性**（開業規制を行うのであれば、雇入れ規制が必要であるが、これは事実上困難）
- ・ **新規参入抑制による医療の質低下への懸念**（新規参入がなくなれば、医療の質を改善・向上するインセンティブが低下する懸念）
- ・ **駆け込み開設への懸念**（病床規制を導入した際は、S59～H3の間に238,916床増床）

【参考】一般病床数の増加数の年次推移
（平成12年以降は療養病床含む）



2. 外来医療機能に関する情報の可視化についての整理

人口10万人対医師数における課題		外来医師偏在指標における対応
(1) - ① ○ 人口構成（性・年齢構成）等の違いを反映できていない	➡	○ 新たな医師偏在指標と同様の考えに基づき、地域ごとの外来医療需要を、地域ごとの人口構成の違いを踏まえ、性・年齢階級別の外来受療率を用いて調整してはどうか。
(1) - ② ○ 昼夜間人口差を含む患者の流出入等を反映できていない	➡	○ 昼間人口と夜間人口それぞれを用い、実態に応じて一定の重み付けを行ったものを用いてはどうか。 ○ 患者の流出入に関しては、患者住所地を基準に流出入実態を踏まえ、都道府県間調整を行うこととしてはどうか。
(1) - ③ ○ 医師偏在の種別について	➡	○ 外来医療のサービスの提供主体は医師であることから、医師数に基づく指標とする。 なお、ほとんどの診療所が1人の医師によって運営されており、概ね診療所数と診療所の医師数は1：1に近い傾向にあることから、診療所の偏在の代理変数としても使用可能である。

2. 外来医療機能に関する情報の可視化についての整理（続き）

人口10万人対医師数における課題

（1）－③

○ 医師偏在の種別について（続き）



外来医師偏在指標における対応

○ 新規開業が都市部に偏ることへの対策として、外来医療の医師偏在指標を作成することに加え、外来受療の多くが診療所で提供されていることから、外来医療の偏在指標については、診療所における外来受療率および診療所医師数をベースとした指標を作成することを基本とする。

○ ただし、地域ごとに病院と診療所がどの程度対応しているか割合が異なることから、病院の状況も把握可能とするため、病院・診療所の対応割合も情報提供してはどうか。

○ 現在、「新たな医師偏在指標」の検討において、まず診療科と疾病・診療行為の対応を明らかにし、その後、診療科別の医師偏在指標について検討することになっているため、外来の医師偏在指標における診療科別の考え方についても、これらの検討結果を踏まえて、改めて検討することとしてはどうか。



（1）－④

○ 医師労働時間について

○ 医師の性・年齢階級別の平均労働時間で重み付けを行ったものを用いてはどうか。

2. 外来医師偏在指標について（案）

- 外来医療については、診療所の担う役割が大きいため、診療所医師数を、新たな医師偏在指標と同様に性別ごとに20歳代、30歳代・・・60歳代、70歳以上に区分し、平均労働時間の違いを用いて調整する。
- 従来の人口10万人対医師数をベースに、地域ごとに性・年齢階級による外来受療率の違いを調整する。

$$\text{外来医師偏在指標} = \frac{\text{標準化診療所医師数}}{\left(\frac{\text{地域の人口}}{10万} \times \text{地域の標準化受療率比}^{(\ast 1)} \right) \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合}^{(\ast 3)}}$$

$$\cdot \text{標準化診療所医師数} = \sum \text{性・年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性・年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$\cdot \text{地域の標準化外来受療率比}^{(\ast 1)} = \frac{\text{地域の外来期待受療率}^{(\ast 2)}}{\text{全国の外来期待受療率}}$$

$$\cdot \text{地域の期待外来受療率}^{(\ast 2)} = \frac{\sum (\text{全国の性・年齢階級別外来受療率} \times \text{地域の性・年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

$$\cdot \text{地域の診療所の外来患者対応割合} = \frac{\text{地域の診療所の外来延べ患者数}}{\text{地域の診療所と病院の外来延べ患者数}}$$

【論点】

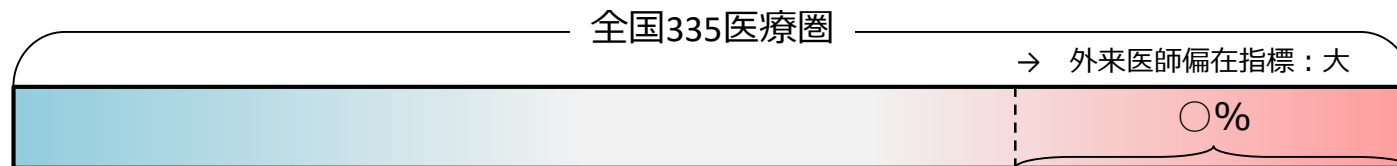
- 外来医師偏在指標を元に、外来医師多数区域を設定し都道府県等に提供するに当たって、多数区域をどのように考えるか。

＜外来医師多数区域の基本的な考え方＞

- 二次医療圏ごとに、外来医師偏在指標を集計し、
 - ・ 上位○%を外来医師多数区域と設定し、都道府県等に情報提供を行うことで、新規開業者等における自主的な行動変容を促し、偏在是正につなげていくことが必要ではないか。

医療従事者の需給に関する検討会 第26回 医師需給分科会	資料 1－ 3
平成30年12月26日	

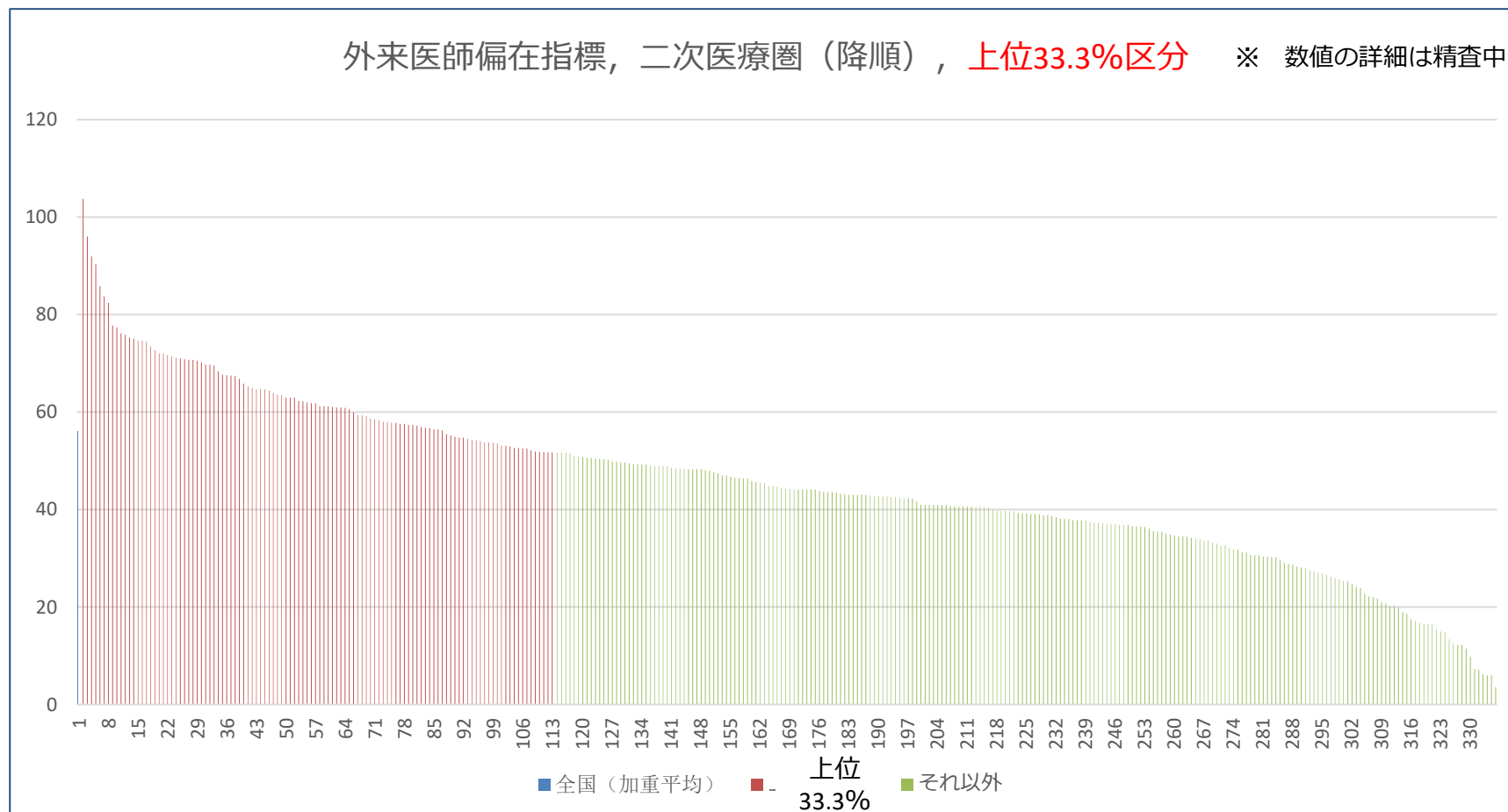
(外来医師偏在指標における外来医師多数区域の設定イメージ)



【対応（案）】

- 外来医療の偏在指標については、「新たな医師偏在指標」を参考に、より外来医療の実態を踏まえた指標とするために①人口構成等、②昼夜間を含めた流出入、④医師偏在の種別、⑤医師の労働時間等を考慮したものとなっており、新たな医師偏在指標との関連が高い。
- そのため、外来医師偏在指標についても、新たな医師偏在指標と同様に上位33.3%を多数区域として設定してはどうか。

外来医師多数区域の設定について



【課題】

- 外来医師偏在指標や外来医師多数区域の設定に当たり、二次医療圏と市町村、いずれの単位で作成し情報提供を行うことが望ましいか。

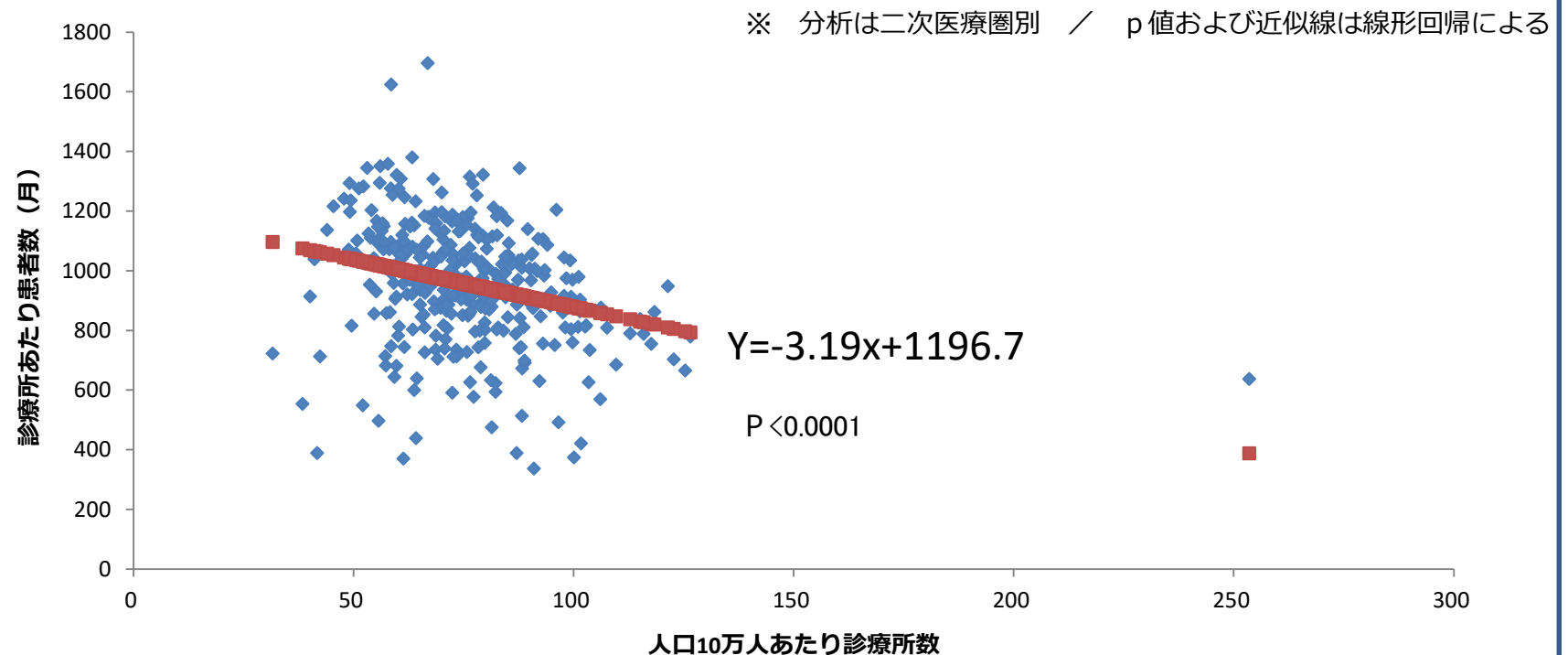


【対応（案）】

- 以下の理由から、二次医療圏単位で可視化することとしてはどうか。
 - ・ 地域の外来医療提供体制の検討は、地域ごとの協議を踏まえて行われるべき。
 - ・ これまで医療計画の基本的な単位は二次医療圏としており、医療提供体制の検討は二次医療圏単位で行われてきている。こうしたものと整合性を確保する必要がある。
 - ・ また、外来機能の偏在の可視化に当たっては、市区町村単位では必要なデータを必ずしも把握することができず、正確に評価することができない。
- ただし、診療所、病院の所在等については、市区町村単位ごとにマッピングを行ったデータ等を都道府県に提供するなど、協議の参考にできるよう、市区町村単位の情報も活用することとしてはどうか。

○ 人口10万人あたり診療所数が増えるほど、診療所あたり患者数は減少傾向となる。

診療所あたり患者数と人口10万人あたり診療所数の関係



人口 : 住民基本台帳人口（2014年） 2015年1月1日現在の人口（外国人含）
 医師数 : 医師・歯科医師・薬剤師調査（2014年） 12月31日現在の医療施設従事医師数
 外来患者数 : 医療施設調査（2014年） 病院票及び一般診療所票の「9月中の外来患者延数」

医療計画における主な記載事項

○ 医療圏の設定

- ・ 病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分。

三次医療圏

都道府県の区域を単位として設定。
ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、複数の区域又は都道府県をまたがる区域を設定することができる。



特殊な医療を提供

二次医療圏

一体の区域として病院等における入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮する。

- ・ 地理的条件等の自然的条件
- ・ 日常生活の需要の充足状況
- ・ 交通事情 等



一般の入院に係る医療を提供

- ・ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入・流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

○ 基準病床数の算定

○ 医療の安全の確保

○ 地域医療構想

- ・ 2025年の、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能ごとの医療需要と将来の病床数の必要量、在宅医療等の医療需要を推計。

○ 5疾病・5事業（※）及び在宅医療に関する事項

※ 5疾病…5つの疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患）。

5事業…5つの事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む。））。

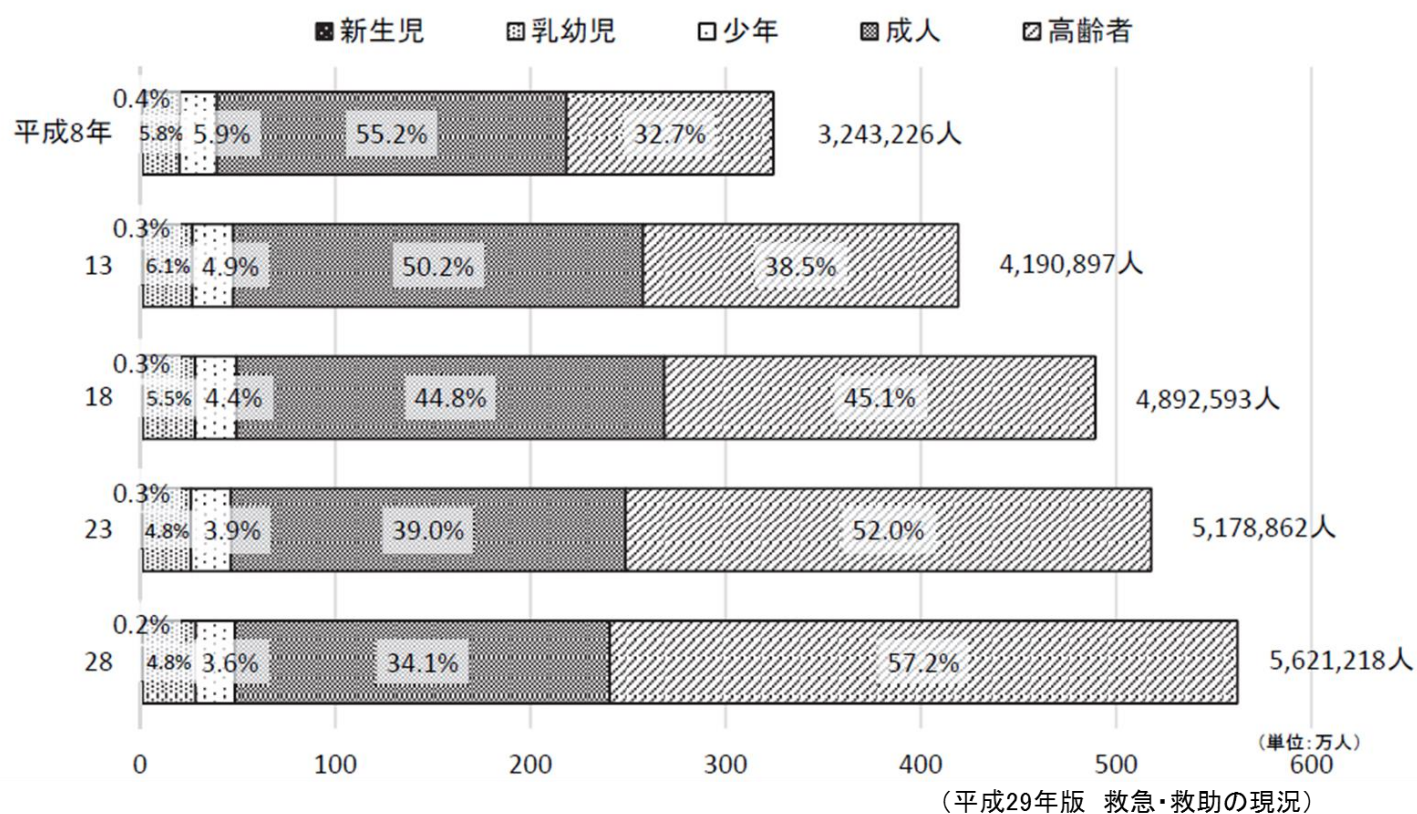
- ・ 疾病又は事業ごとの医療資源・医療連携等に関する現状を把握し、課題の抽出、数値目標の設定、医療連携体制の構築のための具体的な施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う（PDCAサイクルの推進）。

○ 医療従事者の確保

- ・ 地域医療支援センターにおいて実施する事業等による医師、看護師等の確保。

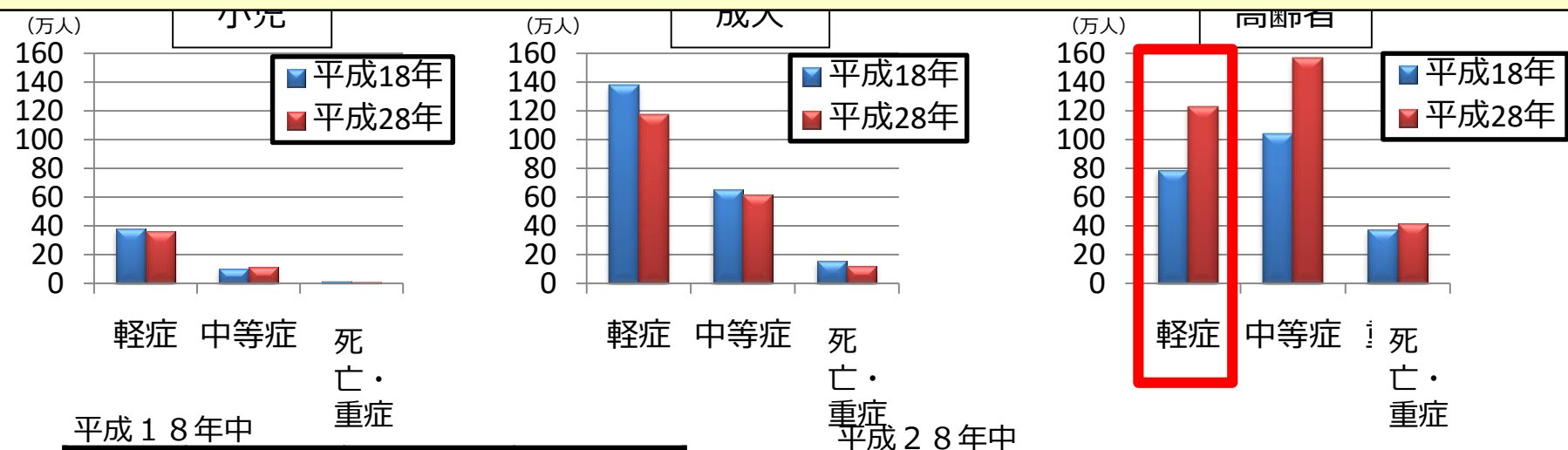
4.－① 外来医療と医療計画について

○ 高齢者の搬送割合は年々、増加傾向にあり平成28年には5割以上を占めている。



参考 10年間の救急搬送人員の変化（年齢・重症度別）

○ 救急搬送人員の伸びは、年齢別では高齢者が多く、重症度別では軽症・中等症が多い。



平成18年中

全体	小児	成人	高齢者
死亡・重症	1.4万人	15.5万人	37.2万人
中等症	10.2万人	65.2万人	104.4万人
軽症	37.8万人	138.1万人	78.8万人

死亡：初診時において死亡が確認されたもの
 重症：傷病程度が3週間の入院加療を必要とするもの
 中等症：傷病程度が重症または軽症以外のもの
 軽症：傷病程度が入院加療を必要としないもの

平成28年中

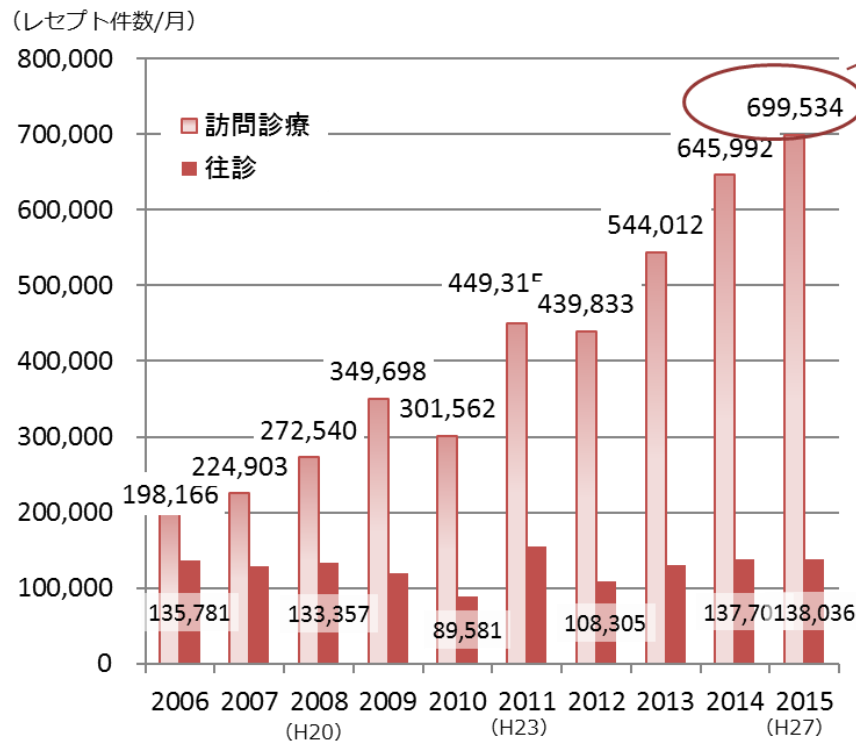
全体	小児 (18歳未満)	成人 (18歳～64歳)	高齢者 (65歳以上)
死亡・重症	1.1万人 0.3万人減 -27%	12.1万人 3.4万人減 -22%	41.5万人 4.3万人増 +12%
中等症	11.5万人 1.3万人増 +13%	61.9万人 3.3万人減 -5%	156.9万人 52.5万人増 +50%
軽症	36.0万人 1.8万人減 -5%	117.8万人 20.3万人減 -15%	123.1万人 44.3万人増 +56%

「救急・救助の現況」（総務省消防庁）のデータをもとに分析したもの

4.－① 外来医療と医療計画について

- 高齢者を中心に、訪問診療の実施件数は年々増加している。

在宅患者訪問診療料、往診料の算定件数推移



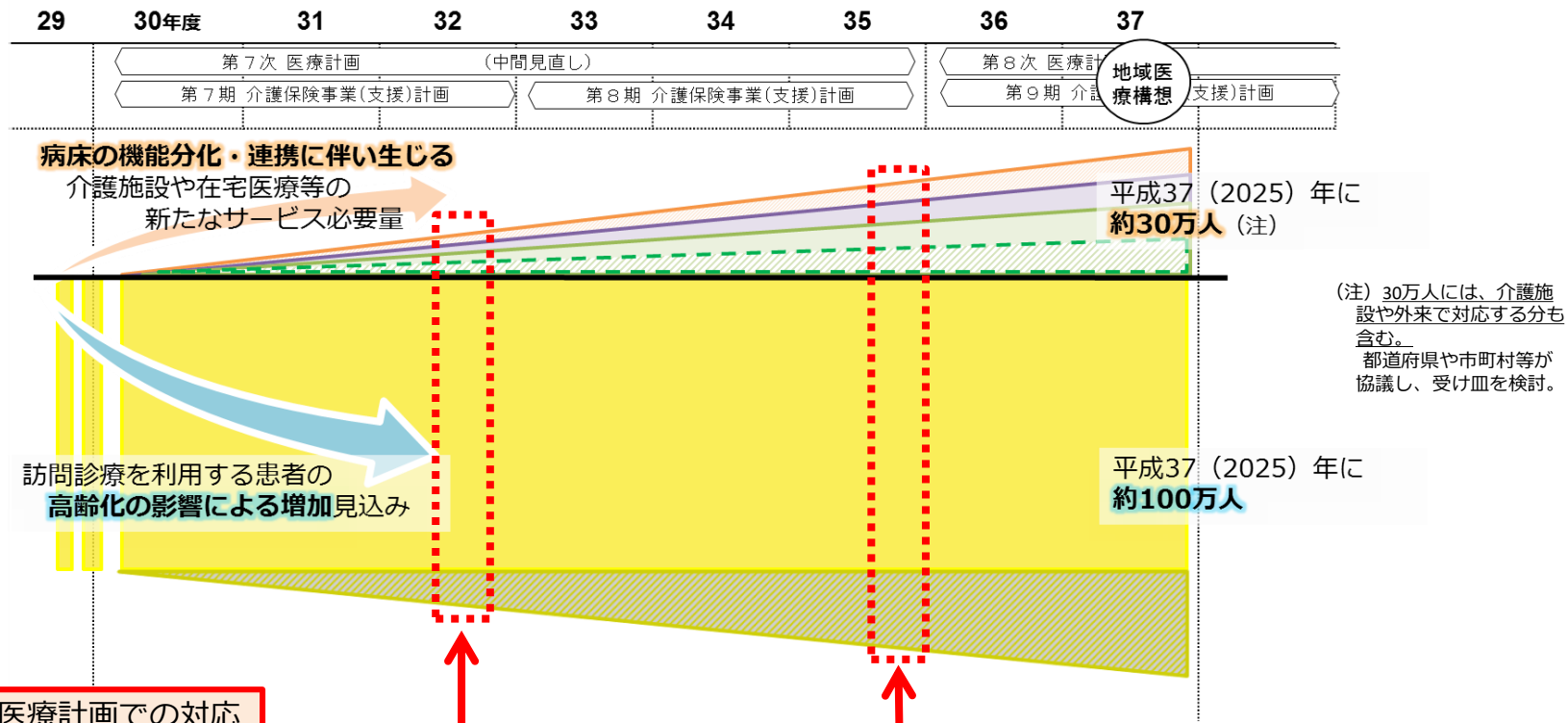
出典：社会医療診療行為別調査（厚生労働省）

在宅患者訪問診療の年齢階級別の構成比

(レセプト件/月、%)

	2008 (H20)	2011 (H23)	2014 (H27)
計	272,540	449,315	699,534
0-4歳	0 (0.0%)	38 (0.0%)	598 (0.1%)
5-19歳	0 (0.0%)	1,085 (0.2%)	1,165 (0.2%)
20-39歳	2,502 (0.9%)	3,499 (0.8%)	3,909 (0.6%)
40-64歳	12,443 (4.6%)	23,074 (5.1%)	19,542 (2.8%)
65-74歳	31,488 (11.6%)	35,384 (7.9%)	49,719 (7.1%)
75-84歳	93,044 (34.1%)	152,390 (33.9%)	200,606 (28.7%)
85歳以上	133,063 (48.8%)	233,845 (52.0%)	423,995 (60.6%)

- 2025年に向け、在宅医療の需要は、「高齢化の進展」や「地域医療構想による病床の機能分化・連携」に伴い、大きく増加することが見込まれている。
- 第7次医療計画・第7期介護保険事業（支援）計画では、増大する需要に対応する在宅医療・介護サービスを確保するため、都道府県と市町村が連携・協議し、両計画に段階的な目標・サービス見込み量を設定することとした。



(注) 30万人には、介護施設や外来で対応する分も含む。
都道府県や市町村等が協議し、受け皿を検討。

将来必要となる訪問診療の需要に対応するための段階的な目標として、
平成32、35年度末※における訪問診療を実施する医療機関数に関する数値目標と、その達成に向けた施策を設定

※平成35年度末の目標は、第8期介護保険事業（支援）計画に合わせ、医療計画の中間見直しにおいて設定

【背景・課題】

- これまで、医療計画においては、疾病又は事業ごとの医療資源・医療連携等に関する現状の把握等のPDCAサイクルの推進の対象として、5疾病・5事業および在宅医療を対象としてきた。
- このような医療提供体制について、今後、それぞれの診療所（外来医療機能）がどのような役割を担い、地域全体としての外来医療提供体制を構築していくか、地域で検討・協議していく必要があるのではないか。



【対応の方向性（案）】

- 近年、
 - ・ 高齢者救急搬送の件数は増加しており、特に軽症・中等症が多い
 - ・ 訪問診療の件数が増加しており、在宅医療は地域医療構想の実現においても重要などの背景があり、特に初期救急医療や在宅医療に関して協議が必要ではないか。
- そのため、すべての地域において、既存の医療機関が、今後必要とされる外来医療機能を、どのように担っていくのかについて、検討・協議を行うこととしてはどうか。
- 特に、既に外来医師数が充足していると考えられる外来医師多数区域においては、新規開業の際、在宅医療、初期救急医療、公衆衛生等の地域で求められる医療機能を担うことを求めているかどうか。

【課題】

- 地域の協議の場については、どのような単位、開催回数等に基づいたものとする必要があるか。



【対応（案）】

- 1) 設置区域
 - ・ 原則として、二次医療圏単位とするが、必要に応じて市区町村単位等での議論が必要なものについては、別途設定することも可能とする。
- 2) 会議体の体制
 - ・ 入院医療と同様、地域医療構想調整会議において議論することを可能とする。
 - ・ 地域の規模や議題等によっては、作業部会（ワーキンググループ）などを、市区町村単位を含め、地域の実情に応じた柔軟な対応を可能とする。
- 3) 開催回数
 - ・ 地域の定点的な現状と課題の把握、施策の検討等については、年1回の開催を基本とする。
 - ・ ただし、別途省令に定める臨時の会議について、開催を可能とする。
- 4) 公表
 - ・ 協議の結果をとりまとめ、公表するものとする（医療法第三十条の十八の二）。

【論点】

- 外来医師多数区域における新規開業について、必要な外来医療機能を担うよう求めたときの実効性を確保する仕組みが必要ではないか。



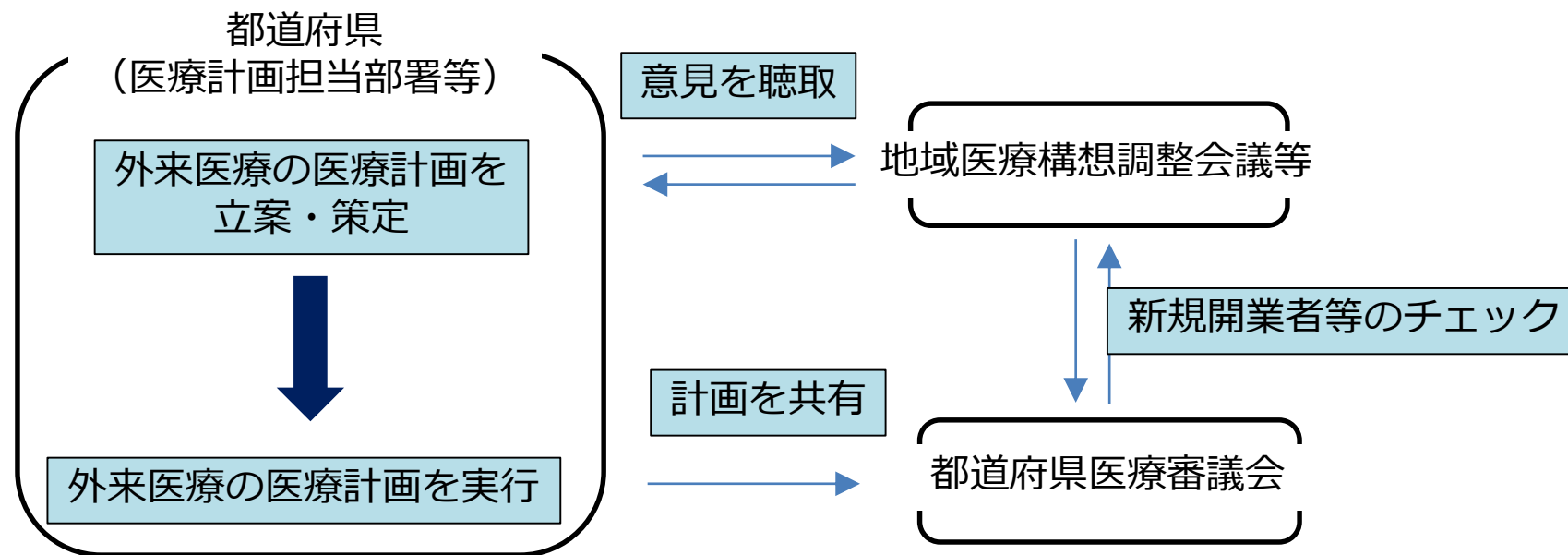
【対応(案)】

- 新規開業者に対し、届け出様式を入手する機会を捉え、外来医師多数区域であることと、医療計画に定めてある方針を提供し、新規開設者の届出様式に、地域で定める不足医療機能を担うことを合意する旨を記載する欄を設け、協議の場で確認できるようにすることとしてはどうか。
- 合意欄への記載が無いなど、新規開設者等が地域の外来医療提供方針に従わない場合には、臨時の協議の場への出席要請を行うこととしてはどうか。
- 臨時の協議の場において、協議の場の主な構成員と、出席要請を受けた当該新規開業者で、話し合いの場をもち、その協議結果を公表することとしてはどうか。ただし、協議の簡素化のため、協議の形態については、適宜持ち回りとするなど、柔軟な対応を可能としてはどうか。

4.－③ 外来医療の医療計画の全体像（案）

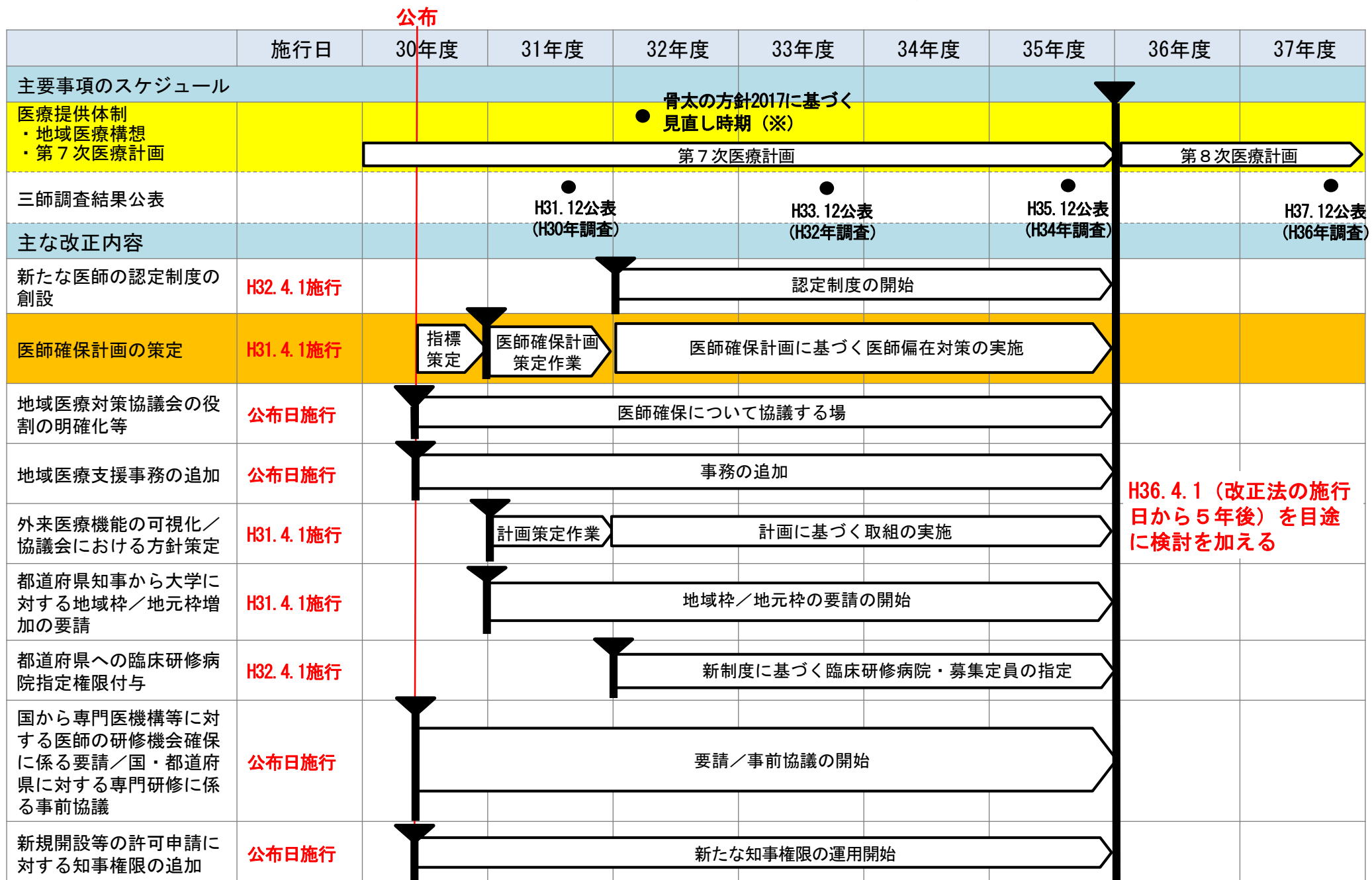
【論点】

- 外来医療の医療計画に基づく実効的な外来医療の偏在対策については、地域医療構想調整会議等において地域ごとに協議を行い、協議が調った事項に基づき対策を講じることとされている。
- そのため、
 - ・ 外来医療の偏在対策の実効性を確保するため、具体的な対策について協議する地域医療構想調整会議等の構成員が、医療計画の立案段階から関与することが必要ではないか。
 - ・ また、地域の協議方針に従わない医療機関等については、都道府県医療審議会に報告し、意見を聴取するなどのチェック機能をもたせることとしてはどうか。



スケジュール

医療法及び医師法の一部を改正する法律の施行スケジュール



※経済・財政再生計画改革工程表 2017改定版(抄) 都道府県の体制・権限の在り方について、地域医療構想調整会議の議論の進捗、2014年の法律改正で新たに設けた権限の行使状況等を勘案した上で、関係審議会等において検討し、結論。検討の結果に基づいて2020年央までに必要な措置を講ずる。

医師需給分科会 第2次中間取りまとめの概要①

2017年12月21日取りまとめ

今回講ずべき医師偏在対策の基本的考え方

今回取りまとめるべき医師偏在対策は、次の（１）から（４）までのような基本的な考え方に基づくものとする必要がある。

- （１）医師偏在対策に有効な客観的データの整備
- （２）都道府県が主体的・実効的に医師偏在対策を講じることができる体制の整備
- （３）医師養成過程を通じた医師確保対策の充実
- （４）医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進

具体的な医師偏在対策

基本的考え方に基づき、様々な立場の関係者から一定の合意が得られる範囲で取りまとめたもの。

（１）都道府県における医師確保対策の実施対策の強化

①「医師確保計画」の策定

- ・「医師確保計画」において、i)都道府県内における医師の確保方針、ii)医師偏在の度合いに応じた医師確保の目標、iii)目標の達成に向けた施策内容までの一連の方策を記載することを明確に法律上に位置づけるべき。（３年ごとに見直し）
- ・**医師偏在の度合いを示す指標**を設定すべき。
- ・都道府県知事が、医師偏在の度合い等に応じて、「**医師少数区域（仮称）**」及び「**医師多数区域（仮称）**」を設定し、具体的な医師確保対策に結び付けて実行できることとすべき。

②地域医療対策協議会の実効性確保

- ・地域医療対策協議会については、その**役割を明確化し、実効性を高める**ため、医師確保計画において定められた各種対策を具体的に実施するに当たって、関係者が協議・調整を行う協議機関と位置付けるべき。
- ・構成員についても見直しを行い、改組を促すべき。

③効果的な医師派遣等の実施に向けた見直し

- ・地域医療支援事務の**実効性を強化するための見直し**を行うべき。（大学医学部・大学病院との連携の下での実施、キャリア形成プログラムの策定徹底等）
- ・医師情報データベースを早急に構築すべき。
- ・医療勤務環境改善支援センターは、**地域医療支援センターと連携**することを法律上明記すべき。

（２）医師養成過程を通じた地域における医師確保

①医学部

- ・医師が少ない都道府県の知事が、管内の大学に対し、入学枠に**地元出身者枠の設定・増員を要請**することができる制度を法律上設けるべき。
- ・医師が少ない都道府県において、**医師が多い都道府県の大学医学部にも、地域枠を設定**することができるようにすべき。

②臨床研修

- ・**臨床研修病院の指定及び募集定員の設定**は、都道府県が、地域医療対策協議会の意見を聴いた上で行うことができるようにすべき。
- ・地域枠等の医師に対する臨床研修の選考については、一般のマッチングとは分けて実施することとすべき。
- ・臨床研修医の募集定員上限は段階的に圧縮し、都道府県ごとの募集定員上限の算定方式については、改善を図るべき。

③専門研修

- ・新専門医制度については、日本専門医機構等が国や地方自治体からの意見を踏まえる仕組みが担保されるよう、**国や都道府県から日本専門医機構等に対する要請等**の事項を法定すべき。
- ・人口動態や疾病構造の変化を考慮した**診療科ごとに将来必要な医師数の見直し**を、国が情報提供すべき。

医師需給分科会 第2次中間取りまとめの概要②

(3) 地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

- ・ **外来医療機能の偏在・不足等の情報**を、新たに開業しようとしている医療関係者等が自主的な経営判断を行うに当たっての有益な情報として、**可視化**するべき。
- ・ 可視化する情報の内容について地域の医療関係者等と事前に協議等を行うこととすべき。
- ・ 充実が必要な外来機能や充足している外来機能に関する**外来医療機関間での機能分化・連携の方針等についても、併せて協議**を行い、地域ごとに方針決定できるようにするべき。(協議には、地域医療構想調整会議も活用)

(4) 医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進

① 医師個人に対する環境整備・インセンティブ

- ・ 医師が医師の少ない地域で勤務を行うに当たり、**不安を解消するための環境整備**を行うべき。(代診医派遣に対する支援、医師間の遠隔相談・診療等に対する支援、プライマリ・ケアの研修・指導体制の確保、医療機関等の兼任管理等)
- ・ 環境整備と併せて、医師少数区域等に所在する医療機関に一定期間以上勤務した医師を、**厚生労働大臣が認定する制度を創設**するべき。(必要な勤務期間、名称、普及方法等は別途検討)
- ・ 認定対象は、あらゆる世代のすべての医師とすべき。
- ・ 認定医師であることを広告可能事項に追加すべき。

(4) 医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進 (つづき)

② 医師派遣を支える医療機関等に対する経済的インセンティブ等

- ・ 医師派遣要請に応じて医師を送り出す**医療機関等について、経済的インセンティブ**が得られる仕組みを構築すべき。
- ・ 地域医療支援病院については、その役割、機能、評価の在り方等を含めて、別途検討すべき。
- ・ 地域医療支援センターにおいて、マッチング機能を担うこととすべき。
- ・ 認定制度の創設を踏まえ、都道府県を越えての医師派遣を調整する仕組みについても、厚生労働省において検討を進めるべき。

③ 認定医師に対する一定の医療機関の管理者としての評価

- ・ 認定医師であることを**一定の医療機関の管理者に求められる基準**の一つとすべき
- ・ 対象となる医療機関については、**まずは地域医療支援病院のうち、医師派遣・環境整備機能を有する病院**とし、今後、具体的な医療機関の在り方について検討すべき。
- ・ 管理者として評価を行うのは、施行日以降に臨床研修を開始した認定医師に限るものとすべき。
- ・ 管理者として必要なマネジメント能力、その研修の実施等について、別途検討を進めるべき。

将来に向けた課題

(1) 今回の医師偏在対策の効果の検証を踏まえた継続的な議論の必要性(更なる議論が必要なもの)

- ・ 今回の医師偏在対策については、できるだけ速やかに施行し、施行後も速やかに、かつ定期的にその効果の検証を行うべき。
- ・ 検証の結果、十分な効果が生じていない場合には、下記①から③までを含め、更なる医師偏在対策について、早急に検討されるべき。

- ① 専門研修における診療科ごとの都道府県別定員設定
- ② 認定医師に対する一定の医療機関の管理者としての評価
- ③ 無床診療所の開設に対する新たな制度上の枠組みの導入

(2) 都道府県における医療行政能力の向上のための取組の必要性

- ・ 厚生労働省において、都道府県の人材育成が進むような適切な対応を検討すべき。

その他の医師確保対策

(参考) 医師少数区域等で勤務した医師の認定制度

議論の経緯のまとめ

- 認定制度は、医師少数区域等への勤務を促す環境整備の一環として創設されることとなった。
- 認定を受けるのは、医師少数区域等における医療の提供に関する知見を有するために必要な経験を有する者とされた。
- 認定取得に対するインセンティブの一つとして、認定医師を一定の病院の管理者として評価する。
- 管理者要件の対象となる病院は、まずは地域医療支援病院のうち医師派遣・環境整備機能を有する病院とし、法施行後の効果を踏まえ、必要に応じて再度検討する。
- 医療機関の管理者として必要なマネジメント能力については、現在研修プログラムの開発を行っているが、現時点で管理者の要件とはしない。

医療法（抄）

第五条の二 厚生労働大臣は、第七条第一項に規定する臨床研修等修了医師の申請に基づき、当該者が、医師の確保を特に図るべき区域（第三十条の四第六項に規定する区域その他厚生労働省令で定める区域をいう。以下同じ。）における医療の提供に関する知見を有するために必要な経験その他の厚生労働省令で定める経験を有するものであることの認定をすることができる。

2～4（略）

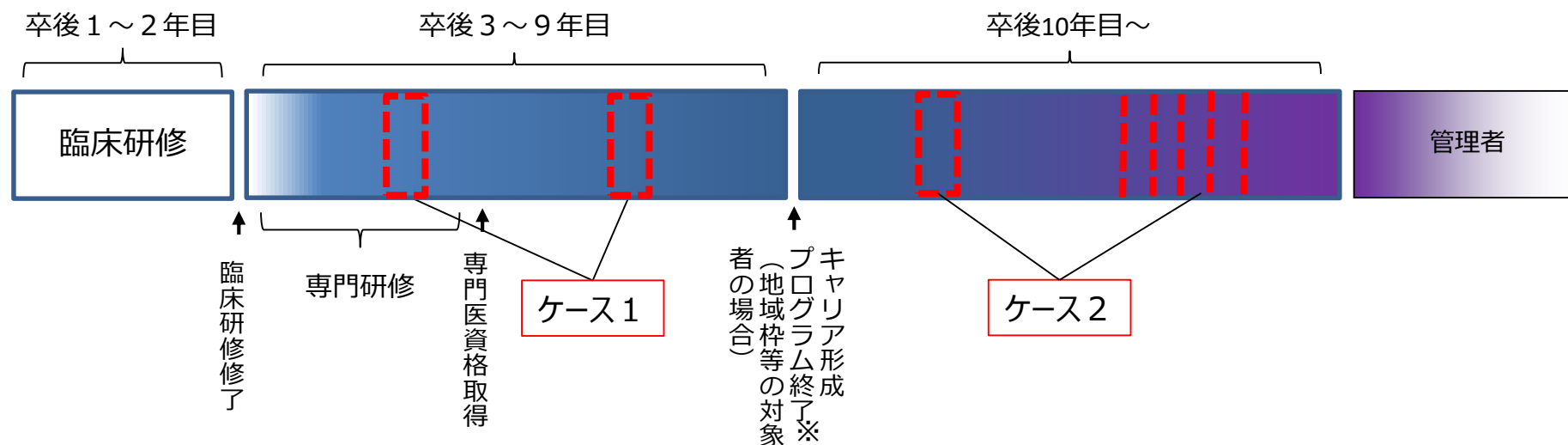
第十条（略）

2（略）

3 医師の確保を特に図るべき区域における医療の確保のために必要な支援を行う病院その他の厚生労働省令で定める病院の開設者は、その病院が医業をなすものである場合又は医業及び歯科医業を併せ行うものであつて主として医業を行うものである場合は、臨床研修等修了医師であつて第五条の二第一項の認定を受けたものに、これを管理させなければならない。ただし、地域における医療の提供に影響を与える場合その他の厚生労働省令で定める場合は、臨床研修等修了医師であつて当該認定を受けていないものに、これを管理させることができる。

認定を受けるために医師少数区域等で勤務する医師について

■ 医師少数区域等へ行く医師は、以下のケースが考えられる。



特徴

ケース1	臨床研修を終えた医師が、卒後3～9年目に医師少数区域等で勤務する場合	臨床能力の向上が期されている場合が多いと考えられる。
ケース2	卒後10年目以降の医師が、医師少数区域等で勤務する場合	専門領域を含めた医師としての実践的な知識・技術は身につけている場合が多いと考えられる。

※「キャリア形成プログラム運用指針」（「キャリア形成プログラム運用指針について」（平成30年医政発0725第17号）別添）において、キャリア形成プログラムの対象期間は、原則として9年間とされている。

ケース1：卒後3～9年目で医師少数区域等に勤務する場合について

課題

- ❑ 卒後3～9年目で医師少数区域等に勤務する医師が認定を受ける際に必要な業務内容及び勤務期間についてどのように考えるか。

論点



- ❑ 医療資源の限られた地域におけるプライマリ・ケアの確保や、地域の患者の生活に対する継続的な支援、地域住民の健康の保持と増進の観点から、医師少数区域等における医師は、地域の患者に対して生活背景等を考慮した継続的な診療を行い、専門的な医療または介護が必要な場合や急変時等、様々な状況への対応を行うとともに、住民に対する地域保健活動を行うことが望ましい。
- ❑ こうした観点から、認定を受けるための要件としては、医師少数区域等に原則として一定期間以上連続して勤務し、その中で以下の業務を行うこととしてはどうか。
 - 認定に必要な業務内容)
 - ① 個々の患者の生活背景を考慮し、幅広い病態に対応する継続的な診療や保健指導に関するもの（専門的な医療機関への受診の必要性の判断を含むものとする。）
 - ・ 地域の患者への継続的な診療
 - ・ 診療時間外の患者の急変時の対応
 - ・ 在宅医療
 - ② 他の医療機関との連携や、患者の地域での生活を支援するための介護・福祉事業者等との連携に関するもの
 - ・ 地域ケア会議や退院カンファレンス等への参加
 - ③ 地域住民に対する健康診査や保健指導等の地域保健活動に関するもの
 - ・ 健康診査や保健指導等の実施
- ❑ 地域のニーズや地域医療に関する研修の状況を踏まえると、医師少数区域等に1年以上勤務することが望ましいが、認定に必要な最低限の勤務期間は、6ヶ月としてはどうか。
- ❑ なお、卒後3～9年目の医師は、本人の希望に応じた臨床能力の向上が必要であることから、医師少数区域等の所在する都道府県は、認定を希望する若手医師が医師少数区域等で勤務する環境整備のためのプログラムを策定するよう促してはどうか。

ケース2：卒後10年目以降の医師が医師少数区域等に勤務する場合

課題

- ❑ 卒後10年目以降で医師少数区域等に勤務する医師が認定を受ける際に必要な業務内容及び勤務期間についてどのように考えるか。

論点



- ❑ 医療資源の限られた地域におけるプライマリ・ケアの確保や、地域の患者の生活に対する継続的な支援、地域住民の健康の保持と増進の観点から、医師少数区域等における医師は、地域の患者に対して生活背景等を考慮した継続的な診療を行い、専門的な医療または介護が必要な場合や急変時等、様々な状況への対応を行うとともに、住民に対する地域保健活動を行うことが望ましい。
- ❑ こうした観点から、認定を受けるための要件としては、医師少数区域等に原則として一定期間以上連続して勤務するとともに、以下の業務を行うこととしてはどうか。
 - 認定に必要な業務内容)
 - ① 個々の患者の生活背景を考慮し、幅広い病態に対応する継続的な診療や保健指導に関するもの（専門的な医療機関への受診の必要性の判断を含むものとする。）
 - ・ 地域の患者への継続的な診療
 - ・ 診療時間外の患者の急変時の対応
 - ・ 在宅医療
 - ② 他の医療機関との連携や、患者の地域での生活を支援するための介護・福祉事業者等との連携に関するもの
 - ・ 地域ケア会議や退院カンファレンス等、他の事業者との連携やマネージメントに関する会議への参加
 - ③ 地域住民に対する健康診査や保健指導等の地域保健活動に関するもの
 - ・ 健康診査や保健指導等の実施
- ❑ 地域のニーズや地域医療に関する研修の状況を踏まえると、医師少数区域等に1年以上勤務することが望ましいが、認定に必要な最低限の勤務期間は、6ヶ月としてはどうか。
- ❑ なお、卒後10年目以降で医師少数区域等に所在する複数の医療機関において断続的（週1日等）に勤務する医師もいると考えられることから、卒後10年目以降で勤務した日数が累積で認定に必要な勤務期間となる場合も、認定の対象としてはどうか。

管理者要件に関するこれまでの議論

- 「医師需給分科会 第2次中間とりまとめ」においては、管理者として評価を行うのは、施行日以降に臨床研修を開始した認定医師に限るものとすべきとされている。
- 平成30年通常国会における「医療法及び医師法の一部を改正する法案」の審議の際には、認定医師であることを一定の病院の管理者要件とすることについて、管理者が急に不在となって後継者が認定を受けていない場合や、当該病院で認定医師以外に管理者としてふさわしい医師がいる場合等は、認定を受けていない医師も管理者になることができるよう配慮することとされている。

医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会 第2次中間取りまとめ（抄）

4. 具体的な医師偏在対策

（4）医師の少ない地域での勤務を促す環境の推進

③認定医師に対する一定の医療機関の管理者としての評価

- この対象となる医療機関については、まずは地域の医療機関と連携しながら地域医療を支えるという制度上の目的を有する地域医療支援病院のうち、医師派遣・環境整備機能を有する病院とし、今後、具体的な医療機関の在り方について検討すべきである。また、管理者として評価を行うのは、施行日以降に臨床研修を開始した認定医師に限るものとすべきである。

第196回国会 参議院 厚生労働委員会 平成30年4月19日

○自見はなこ君 （略）地域医療支援病院の一定の管理者要件として認定医であることとしていますが、今後、ここについてはどのような方向性で考えているのか、お聞かせをください。

○武田医政局長 今回の法律によりまして、この大臣認定を受けた認定医が一定の医療機関の管理者として評価する仕組みということを考えているところでございますけれども、この認定医を管理者として評価する医療機関の範囲につきましては、医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会における議論を踏まえ、まずは地域医療機関と連携しながら地域医療を支える地域医療支援病院のうち、医師派遣・環境整備機能を有する病院を対象とする方向で検討することとしております。ただし、個別に見た場合に、施行直後の認定医師が十分に存在しない場合で管理者の変更が必要になる場合、医療機関の管理者が急に不在となって後継者が認定を取得していない場合、当該病院内で認定医師以外に管理者としてふさわしい医師がいる場合など、個別の事情を抱えるケースも想定をされますので、このような場合も含めて、地域における医療の確保に影響が生ずる場合などには認定を受けていない医師も管理者になることができるよう条文上ただし書を設け、必要な配慮を行うこととしていただいております。

3. その他

課題

- 認定医師でない者にも地域医療支援病院のうち一定の病院の管理を行わせることができる場合についてどのように考えるか。
- 認定の手続きや認定医師であることの記録のあり方についてどのように考えるか。



論点

- 認定医師でない者にも地域医療支援病院のうち一定の病院の管理を行わせることができる場合については、以下の場合としてはどうか。
 - ・ 平成32年度以降に臨床研修を開始した医師以外の医師に管理を行わせる場合
 - ・ 当該病院の管理者が急に不在となって後継者が認定を取得していない場合等、特別な事情がある場合
- 認定の申請に当たっては、医師少数区域等における一定以上の勤務期間と、その間の勤務内容を証する書類を提出することとし、認定された場合は当該医師の医籍に記録することとしてはどうか。
- なお、認定制度による医師偏在解消の効果を検証するため、申請の際には、認定の対象となる勤務の直前の勤務地等についても申告することとしてはどうか。

将来の診療科ごとの必要医師数について

将来の診療科ごとの医師の需要の明確化について

現状と課題

- 現在、医師数は継続的に増加している一方、その増分は一部の診療科に集中しており、診療科ごとの労働時間には大きな差が存在している。
- 一方、現行では、診療科別の医師のニーズは不明確であり、医師は臨床研修修了後に自主的に主たる診療科を選択している。
- また、新専門医制度においても、診療科偏在の是正策は組み込まれていない。
- 医師が、将来の診療科別の医療需要を見据えて、適切に診療科選択ができる情報提供の仕組みが必要。



対応

- 医師需給分科会第2次中間取りまとめにおいては、「医師が、将来の診療科別の医療ニーズを見据え、適切に診療科を選択することで診療科偏在の是正につながるよう、人口動態や疾病構造の変化を考慮した診療科ごとに将来必要な医師数の見通しを、国全体・都道府県ごとに明確化し、国が情報提供すべきである。」とされた。

将来の診療科ごとの医師の需要の明確化にあたっての具体的な手順(案)

考慮すべき要素の例：

・医療ニーズ ・将来の人口・人口構成の変化 ・医師偏在の度合いを示す単位（区域、診療科、入院／外来） ・患者の流入／流出 ・医師の年齢分布 ・へき地や離島等の地理的条件 等

診療科ごとの医師の需要を決定する代表的な疾病・診療行為を抽出し、診療科と疾病・診療行為の対応表を作成



現状の医療の姿を前提とした人口動態・疾病構造変化を考慮した診療科ごとの医師の需要の変化を推計し、現時点で利用可能なデータを用いて、必要な補正を行なった将来の診療科ごとの医師の需要を推計



将来の医師等の働き方の変化や医療技術の進歩による需要の変化については、定量的なデータが得られた時点で、順次、需要推計に反映させる。

当面の対応

将来の課題

対応（案）



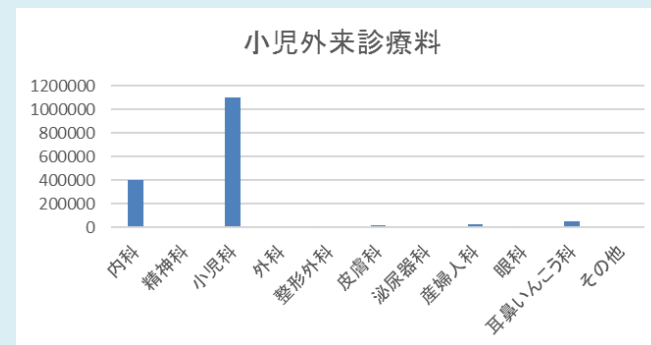
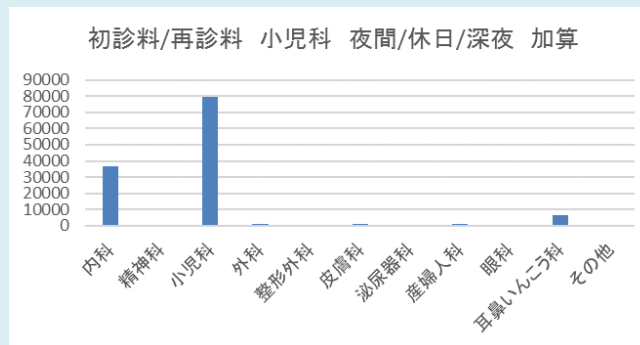
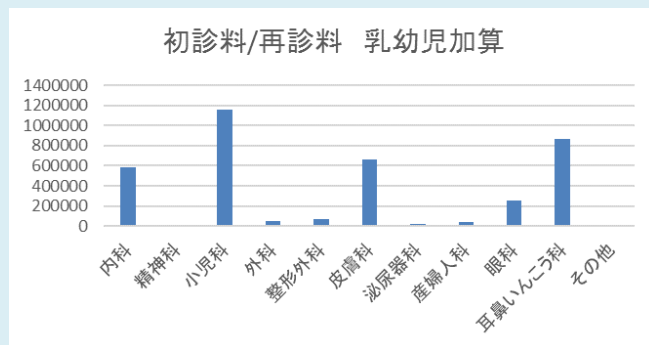
- 将来の診療科ごとの医師の需要の明確化にあたっては、診療科と疾病・診療行為の対応表等を作成するために必要なデータの整理等を行う必要であり、まずは、事務的に、こうした整理を行った上で、具体的な議論を行うこととしてはどうか。

小児科医師偏在指標について ― 診療行為との紐付け

- 診療科と診療行為の紐付けが比較的明確な診療科と、紐付けが困難な診療科が存在する。
- 小児科については、一定の仮定の下に紐付けが可能ではないか。

小児科の場合

※診療所における外来レセプトに関して、平成29年度の5月の1ヶ月間の間に、各診療科を主に標榜している診療所が、どの診療行為、加算を算定しているかを示したもの



参照) 平成29年 社会医療診療行為別統計

15歳未満の小児の診療に関しては、小児科医だけではなく、内科医や皮膚科医、耳鼻科医なども一定程度、医療を提供している。

一方、医療需要の総数は、15歳未満の小児の受療率から把握可能ではないか。

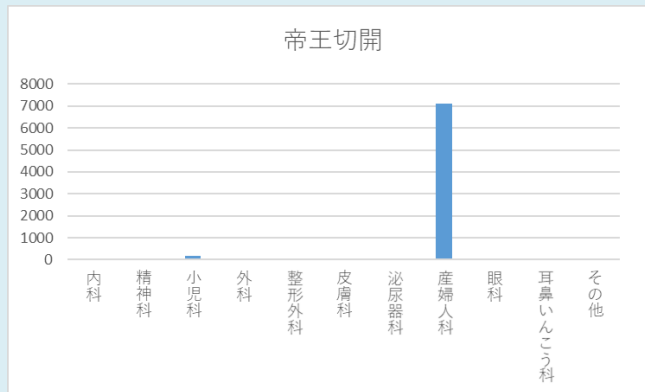


15歳未満の小児人口を基本として、小児科医が対応している頻度が一定であると仮定することにより、暫定的に医療需要を算出することが可能ではないか。

産科医師偏在指標について ― 診療行為との紐付け

- 診療科と診療行為の紐付けが一定程度明確な診療科と、紐付けが困難な診療科が存在する。
- 産科については、紐付けが一定程度明確である。

産科の場合（例：帝王切開）



参照) 平成29年 社会医療診療行為別統計

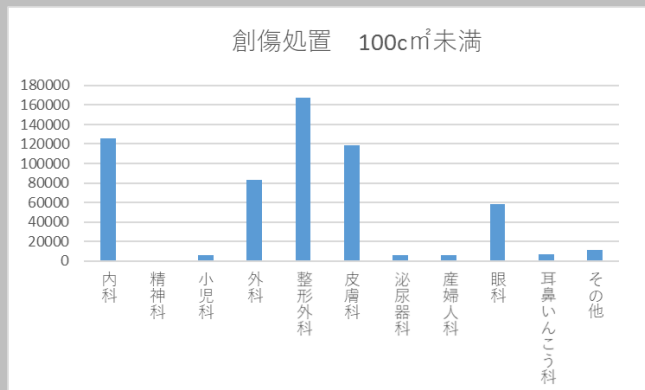
※診療所における外来レセプトに関して、平成29年度の5月の1ヶ月間の間に、各診療科を主に標榜している診療所が、どの診療行為、加算を算定しているかを示したもの

診療所で実施された帝王切開術のうち、93.6%が産婦人科を標榜している診療所で実施されている。



診療行為と診療科の紐付けが比較的明確であるため、診療科ごとの医療需要が一定程度明確に算出可能である。

他の診療科の場合（例：創傷処置）



参照) 平成29年 社会医療診療行為別統計

※診療所における外来レセプトに関して、平成29年度の5月の1ヶ月間の間に、各診療科を主に標榜している診療所が、どの診療行為、加算を算定しているかを示したもの

診療所で施行された創傷処置(100cm²未満)のうち、21.2%が内科、14.1%が外科、28.4%が整形外科、20.1%が皮膚科、9.9%が眼科を標榜している診療所で施行されている。



診療行為と診療科の紐付けが困難である。

小児科医師及び産科医師の偏在指標の基本的考え方について

- **小児科の医療需要**については、年齢ごとの受療率の違いを踏まえ、15歳未満の人口を元に、地域ごとに性年齢調整を行ったものを用いてはどうか。
 - 小児の診療は小児科医に限らず、内科医や耳鼻いんこう科医等によって診療されているため、医療需要の一定割合について小児科医が対応しているものと考えてはどうか。
 - 小児科医の性・年齢構成等の地域差についても、性・年齢等によって平均労働時間等が異なると考えられることから、これらによる重み付けを行ってはどうか。
-
- **産科の医療需要**については、地域毎に15歳－49歳女性人口あたりの分娩数が異なることから、地域ごとの15歳－49歳女性人口あたり分娩件数を基準として考えてはどうか。
 - 産科医師の性・年齢構成等の地域差についても、性・年齢等によって平均労働時間等が異なると考えられることから、これらによる重み付けを行ってはどうか。